MEDYCYNA i PRZYRODA
Nr. 8 Rok II Październik 1938



ILUSTROWANY MIESIĘCZNIK ŚWIATA LEKARSKIEGO

Treść numeru.

Cena egz. Zł. 1.50.

MEDYCYNA i PRZYRODA

Nr. 8. ROK II. PAŹDZIERNIK 1938

Ziołopisarze i botanicy polscy XVI wieku.

Prof. U. S. B. Dr. JAN MUSZYŃSKI (Wilno).

Botanika, jako samodzielna zupełnie nauka o roślinach, zaczyna się rozwijać w Europie dopiero od XVII wieku. Wszystkie prawie dzieła, które powstały do tego czasu, były jedynie podręcznikami botaniki utylitarnej, które omawiały rośliny lekarskie i gospodarcze, przyczem nie opis roślin, lecz zastosowanie ich w różnych chorobach i przyrządzaniu z nich odpowiednich lekarstw stanowiło główną treść tych książek.

Jeśli chodzi o dzieje starożytne, to za ojca botaniki greckiej uważamy Teofrasta, który urodził się na wyspie Lesbos w 372 roku i zmarł w Atenach w 287 roku przed Chrystusem. Teofrast, ulubiony uczeń Arystotelesa, napisał sporo dzieł botanicznych i lekarskich, w których opisywał kilkaset roślin, które w trzecim wieku przed naszą erą były znane i używane w Grecji jako leki. O pracach botanicznych i botaniczno-lekarskich Teofrasta dowiadujemy się pośrednio od Pliniusza i autorów arabskich, albowiem olbrzymia większość dzieł Teofrasta zaginęła i do rąk naszych nie doszła.

Najbardziej zasłużonym znawcą roślin i farmakognostą z epoki rzymskiej był Dioskorydes. Był to lekarz grecki w służbie rzymskiej, który żył i działał w I wieku naszej ery. Dioskorydes dużo podróżował po Małej Azji, Syrii, Egipcie, znał wszystkie ówczesne ośrodki nauki, wiele widział i zbadał osobiście. Napisał on dzieło „O środkach leczniczych" (Peri hiules iatrikes), w którym opisuje i omawia krytycznie 944 surowce z państwa roślinnego, zwierzęcego i mineralnego, przeważnie jednak rośliny. Niestety na Dioskorydesie i współczesnym mu Pliniuszu nauki przyrodnicze zatrzymały się aż na półtora tysiąca lat. Dioskorydes aż do XVI wieku uważany był za nieomylną wyrocznię w sprawach botaniki i ziołolecznictwa. Nikt nie ośmielił się krytykować go, a nikt nie probował naśladować go. Komentowano jedynie jego dzieła, przyjmowano ślepo nawet rażące błędy i starano się koniecznie znaleść wszędzie, nawet na północy Europy, owe przeważnie śródziemnomorskie rośliny, które znał i opisywał Dioskorydes. Współczesnym Dioskorydesowi był Pliniusz Starszy, który zginął w Pompei w czasie wybuchu Wezuwjusza w 75 roku naszej ery. Z zawodu był to oficer rzymski, a z zamiłowań przyrodnik encyklopedysta, bardzo oczytany i sumienny, który napisał duże na owe czasy dzieło, składające się z 37 ksiąg pod tytułem „Historia naturalis". Nie posiadał on doświadczenia, ani krytycyzmu Dioskorydesa, dlatego w swej pracy zamieszcza z dobrą wiarą obok faktów istotnych wszelkie bajki i fantazje, które skądkolwiek usłyszał. Pliniusz obok Dioskorydesa był aż do epoki Odrodzenia alfą i omegą w rzeczach przyrodniczych. Olbrzymi wpływ tych dwu uczonych z pierwszego wieku naszej ery znajdziemy w dziełach naszych botaników i uczonych z drugiej połowy XVI wieku. Dopiero gdy duch Odrodzenia powiał nad Europą, ośmielili się uczeni włoscy, jak B. Marantha i P. Matthioli zakwestionować nieomylność Dioskorydesa i zapoczątkować samodzielne opisywanie i badanie roślin europejskich. W ich ślady wstępują uczeni niemieccy, jak Bock i Fuks. A więc dopiero w drugiej połowie XVI wieku powstają w Europie południowej i środkowej (Włochy, Niemcy) naukowe i krytycznie pisane dzieła botaniczne, uwzględniające jednak przede wszystkim rośliny lekarskie. Dzieła Dioskorydesa i Pliniusza oraz wszelkie komentarze i przeróbki w okresie średniowiecza traktowały wyłącznie o zastosowaniu lekarskim roślin, zwierząt i minerałów, były więc swojego rodzaju podręcznikami farmakognozji, farmakologii oraz terapii, czyli nauki o surowcach lekarskich — „Scientia de simplicibus", albo „Materia medica", przeznaczonymi dla lekarzy.

Jako dzieła duże, kosztowne i pisane niezrozumiałym dla laików językiem były one trudno dostępne dla szerokich rzesz, posiadających sztukę czytania i szukających w księgach odpowiedzi na kwestie dotyczące zdrowia. Nic więc dziwnego, że już od XI wieku zaczynają się pojawiać w Europie popularne wyciągi i skróty z dzieł Dioskorydesa, Pliniusza oraz ich licznych komentatorów arabskich i salernitańskich. Tego rodzaju popularne kompilacje i skróty zaczynają się bardzo szybko rozpowszechniać z chwilą pojawienia się druku, t. j. od końca XV wieku. Najbardziej popularnym typem tych kompilacji przyrodniczo-lekarskich były liczne wydawnictwa, noszące tytuły: „Aggregator", „Herbarius", Herbolarium" i Hortus sanitatis". Dzieła te w różnych wariantach drukowano z początku po łacinie, a następnie zaczęto je tłumaczyć na różne języki. Było ich setki wydań, przyczem nawet książki o tym samym tytule różniły się znacznie między sobą. Trzeba bowiem pamiętać, że t. zw. prawo autorskie nie istniało wówczas. O autora nie dbano, a zresztą najczęściej trudno go się byłoby doszukać, bo korzystano z prywatnych notatek i odpisów, które robili sobie lekarze i aptekarze z różnych dzieł. Drukarz wydawca wyszukiwał sobie cieszące się już powodzeniem wydawnictwo i polecał go jakiemuś bakałarzowi lub studentowi medycyny tłómaczyć względnie uzupełnić wyciągami z innych książek, aby stworzyć kompilację możliwie uniwersalną. Pod względem naukowym były to rzeczy małowartościowe, ale bardzo charakterystyczne dla owej epoki.

Trzeba więc pamiętać, że w XVI wieku w literaturze europejskiej należy ściśle rozróżniać dwa rodzaje wydawnictw botaniczno-lekarskich. Mianowicie, duże i kosztowne dzieła specjalne, pisane przez wybitnych uczonych oraz popularne, rojące się nieraz od błędów

Ciąg dalszy na str. 7-ej.

Stary nilomierz na wyspie Elephantine



Krajobraz Nilowy w Assuanie

Kolosy Memnona



Wrażenia z podróży i pobytu w Egipcie podczas XV międzynarodowego zjazdu okulistycznego w Kairze

Prof. Dr. WIKTOR REIS (Lwów).

„Habent sua fata libelli“ — mają też swoje dzieje międzynarodowe zjazdy okulistyczne. Pierwszy światowy zjazd okulistów odbył się w Brukseli, a uczestniczyli w nim założyciele nowoczesnej okulistyki: Helmholtz, Graefe i Donders. Dalsze zjazdy urządzano przeciętnie co cztery lata, a następujące miasta gościły okulistów: dwa razy z rzędu Paryż (gdyż w r. 1866, w którym zjazd miał się odbyć we Wiedniu, grasowała wówczas w tym mieście cholera), później Londyn, New York, Mediolan, Heidelberg, Edinbourgh, Utrecht, Lucerna i Neapol.

XII. międzynarodowy zjazd okulistów, zapowiedziany był na rok 1914 w Petersburgu; z powodu wybuchu wojny światowej nie doszedł jednakże do skutku.

Lata wojenne uniemożliwiły w zupełności odbywanie zjazdów naukowych. W latach powojennych nie można było doprowadzić do zgody między poważnionymi przez wojnę narodami. Francuskie i belgijskie towarzystwa okulistyczne założyły protest na wypadek, gdyby Niemców dopuszczono do wspólnych obrad. Starania Ameryki i Anglii, które chciały pośredniczyć w tym sporze, nie dały pozytywnych rezultatów. Odbyły się tylko dwa zjazdy dla narodów mówiącym językiem angielskim — jeden w Waszyngtonie w r. 1922, drugi w Londynie w r. 1925.

Dopiero rok 1927 staje się rokiem przełomowym, przychodzi do obopólnej zgody i zostaje wybrany komitet międzynarodowy ze współudziałem Niemców. W r. 1929 obraduje w Amsterdamie w ścisłym tego słowa znaczeniu międzynarodowy XIII. kongres okulistów. W cztery lata potym odbył się następny zjazd w Madrycie, a obecnie obradował XV. międzynarodowy zjazd okulistyczny w Kairze.

Ofiara bożkowi słońca (Horus)

Największą atrakcją zjazdu były główne tematy zjazdowe, z których pierwszy nosił tytuł: „Nadciśnienie tętnicze siatkówki“ z Baillartem, twórcą tej nauki, jako najgłówniejszym referentem, a drugi p. t. „Endokrynologia i oko“, dotyczył stosunku oka do narządów wydzielania dokrewnego i był omawiany przez pięciu prelegentów, wybitnych znawców tego przedmiotu.

Do Egiptu prowadzą różne drogi — od rozmaitych towarzystw okrętowych otrzymaliśmy też propozycje wyjazdu z Marsylii, Genui lub Triestu. Dla nas jednakże najkrótszą i najtańszą była droga przez Konstanzę rumuńskim okrętem „Dacia“.

W sobotę, 4 grudnia, o godz. 8 rano przybiliśmy do portu w Aleksandrii. I tu przybysza z północy ogarnia powiew prawdziwego Wschodu. Na okręcie ludzie biali, na placu przed przystanią czarni lub brązowi, z fezami czerwonymi lub turbanami białymi na głowie; hałas i zgiełk. Z chęcią też przyjmuje się propozycję Cooka, który podejmuje się załatwić wszystkie formalności portowe i nas samych oraz bagaż dostawić do hotelu.

Właściwe miasto i hotele mieszczą się nad morzem w miejscu, gdzie przed wiekami znajdował się port. Dziś jest to promenada, ciągnąca się wzdłuż morza, która w dalszym ciągu prowadzi do miejscowości kąpielowej St. Stefano.

Biura kongresu znajdowały się w hotelu „Semiramis“ w Kairo, gdzie też odbywały się wszystkie posiedzenia naukowe. W sali, przeznaczonej na wykłady rozmieszczone były megafony, które umożliwiały słuchanie wykładów nawet w miejscach sali oddalonych od prelegenta.

Hotel Semiramis jest to jeden z najnowszych hoteli w Kairze o olbrzymich rozmiarach, na zewnątrz niczym nie różniący się od hoteli w innych metropoliach świata, ale posiadający tę zaletę, że jest jedynym w Kairze, położonym nad brzegiem Nilu. Z tarasu hotelowego i z okien hotelu można obserwować zmienne, zależne



Rzeźba przedstawiająca pisarza z czasów 18 dynastji (około 1400 lat przed Chr.)

od pory dnia, życie na Nilu. W godzinach przedpołudniowych snuły się na rzece łodzie o wysokich masztach i smukłych żaglach o olśniewającej bieli, które skupione czekały na otwarcie wspaniałego mostu Ismail Bridge, by udać się w dalszą drogę. Po południu w przerwach między wykładami gromadzili się przed hotelem przewodnicy tamtejsi, ubrani w długie różnokolorowe jedwabne chałaty, z białymi zawojami lub czerwonymi fezami na głowach, oddani przez komitet zjazdowy do dyspozycji członków zjazdu. A wieczorem przy zachodzącym słońcu pojawiały się codziennie, jak zjawa, na dalekim horyzoncie piramidy z Gizeh, zachęcające podróżnika do bliższego zwiedzenia tych zabytków zamierzchłej przeszłości. Otwarcie Zjazdu nastąpiło dnia 8. grudnia 1937 r. o godz. 10 rano w olbrzymiej auli nowego Uniwersytetu, położonego wśród ogrodów, po drugiej stronie Nilu, w Giza. Młody król Faruk I. w kilku słowach otworzył Zjazd, poczym nastąpiły przemówienia powitalne ministra higieny publicznej, przewodniczącego międzynarodowej Rady okulistycznej i reprezentantów poszczególnych narodowości.

W przerwach między wykładami, wchodzącymi przeważnie w zakres wymienionych na wstępie głównych tematów zjazdowych, zwiedzaliśmy szpitale okulistyczne w Kairze, z których każdy posiada 100 — 200 łóżek dla chorych na oczy. Poznaliśmy szpitale rozmaitego typu: od luksusowo urządzonego Memorial Ophtalmic Laboratory, założonego z funduszów komisji angielskiej, zawiązanej dla uczczenia pamięci poległych podczas wielkiej wojny Egipcjan, do szpitali ambulatoryjnych, z których pokazano nam szpital oczny N. 1. „pod namiotami“ na Cytadeli. W ten sposób chciano nas zapoznać z rozwojem szpitalnictwa okulistycznego i pokazać, ile zrobiono dla walki z jaglicą i ślepotą w kraju, który jeszcze z końcem ubiegłego stulecia przedstawiał opłakane stosunki zdrowotne. Z końcem r. 1937 ilość szpitali ocznych wzrosła do 111, a ilość lekarzy okulistów, zajętych w szpitalach ocznych w Egipcie wynosi 176.

Mimo doskonałej organizacji lecznictwa okulistycznego, choroby oczne i w następstwie ślepota, utrzymują się jeszcze zawsze na wysokim poziomie wśród mieszkańców Egiptu, zwłaszcza wśród Fellachów, którzy stanowią rdzenną ludność Egiptu.

Najważniejszymi przyczynami ślepoty w Egipcie są jaglica i ostre zapalenie nieżytowe spojówek. Jaglica zawsze jeszcze atakuje powyżej 92 proc. ludności tubylczej, dlatego też w parze z leczeniem szpitalnym winno iść uświadomienie szerokich warstw ludności o najprymitywniejszych zasadach hygieny.

Strona organizacyjna i towarzyska Zjazdu była nadzwyczaj starannie i gościnnie ułożona. Na cały czas trwania kongresu, a nawet tydzień później, zjazdowa karta uczestnictwa dawała dostęp do wszystkich muzeów i ogrodów, to samo dotyczyło także wycieczek pozjazdowych do Luxoru i Assuanu. Wejście do Doliny Królów i świątyń w Luksorze, które w normalnych warunkach uzyskuje się tylko za nabyciem karty legitymacyjnej w kwocie 180 piastrów (około 54 zł.), wszystko stało nam otworem bez żadnej dopłaty. Komitet zjazdowy wydał ponadto znaczki pocztowe, na których oprócz napisu zjazdowego umieszczoną była odznaka zjazdowa, w postaci oka zdrowia „Oudjat“, którego motyw wzięty był ze zbioru kosztowności w skarbcu Tutenkamena. Uprzejmość Rządu była tak wielka, że koszty całej zjazdowej korespondencji, nie tylko kartki i listy, ale nawet większe druki, przyjmowane były do dalszej wysyłki zupełnie bez opłaty. Każdy z uczest-

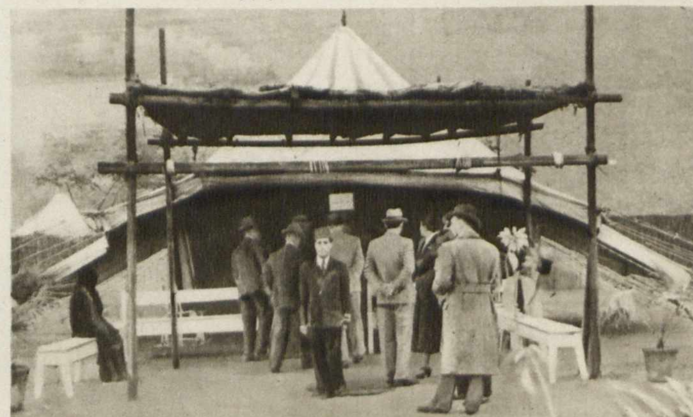


Godło zjazdowe „Oudjat“ (oko zdrowia)



Memorial Ophtalmic Laboratory

Szpital ambulatoryjny Nr 1 na Cytadeli (pod namiotami)



ników kongresu otrzymał jeszcze na pamiątkę ładnie wykonany medal ze złoconego brązu, na którym również odtworzony był „Oudjat“, wykładany niebieską emalią, oddającą wiernie lapis lazuli oryginału. Po obu bokach tego oka zdrowia znajdują się umieszczone boginie: Nekbet w postaci sępa z koroną górnego i Oujit w postaci kobry z koroną dolnego Egiptu. Oko to jest w Egipcie bardzo rozpowszechnione i służy jako amulet nie tylko dla utrzymania oka zdrowego, ale także, jako ochrona przed chorobą i urokami.

Wieczory po skończonych wykładach przeznaczone były na przyjęcia. Pierwsze przyjęcie odbyło się w dniu otwarcia kongresu, w salach recepcyjnych hotelu Semiramis. W czwartek, dnia 9 grudnia, byliśmy wszyscy proszeni na godz. 8 wieczorem do pałacu królewskiego Abdine. Delegaci poszczególnych państw byli przez swych posłów osobiście przedstawieni królowi Farukowi, po czym przyjęcie ogólne rozpoczęło się przedstawieniem amatorskim w teatrze pałacowym, na którym odegrano jednoaktówkę pt.: „Azza, córka Kalifa“. Treść sztuki była specjalnie dla okulistów dobrana, gdyż przedstawia ślepą córkę kalifa, w której zakochuje się książę, a dopiero sztuka lekarska zawezwanego okulisty arabskiego wzrok jej przywraca.

W niedzielę po południu o godz. 5 podejmował nas podwieczorkiem minister pełnomocny R. P. p. A. Kula wraz z małżonką w gmachu poselstwa, położonym na wyspie nilowej w dzielnicy willi zw. Zamalek.

W ostatni dzień zjazdu wyjechaliśmy luksusowym statkiem nilowym do miejscowości położonej w Delcie, a zwanej Barrage de Nil. Jest to wielka tama, pół kilometra długości, zaopatrzona w przeszło 60 śluz, które racjonalnie obsługują w wodę całą Deltę Nilu.

W muzeum egipskim zebrano wszystko to, co pozostało nieuszkodzone przez rękę niszczycielską poszukiwaczy skarbów w rozmaitych wiekach. Na pierwszy plan wybijają się posągi Faraonów, stanowiących swym indywidualnym wyrazem twarzy wprost portrety dawnych władców.

Wśród tych postaci królewskich skromnie skuleni siedzą pisarze, z papyrusem na kolanach, którzy uwieczniają dzieje swoich władców. Widać, że stan pisarzy musiał cieszyć się uznaniem, skoro tyle rzeźb zachowało się aż do naszych czasów. Są oni przeważnie naturalnej wielkości i mają wyraz twarzy wielce uduchowiony.

Wybraliśmy się także do miejsca kąpielowego Helouan, znanego nam z pobytu w nim św. p. Marszałka Piłsudskiego, który mieszkał w pensjonacie polskim prof. Bogdana Richtera. W Helouanie znajdują się ciepłe kąpiele siarczane, w otwartym basenie i w wannach, stosowane w rozmaitych postaciach gośćca i dny, a poza tym stały suchy klimat działa dobroczynnie prawie we wszystkich postaciach białkomoczu.

Podziwialiśmy Sfinksa, jedno z najpotężniejszych dzieł sztuki, które mimo zniszczenia spowodowanego przez czas, jeszcze dziś sprawia przepotężne wrażenie, jako strażnik piramid. Rzecz dziwna, że piramidy, mimo swej monumentalności nie wywarły na nas przygniatającego swym ogromem wrażenia. Być może, że wzrok nasz przyzwyczajony już do oglądania drapaczy chmur, nie odczuwał tej wysokości, mimo że oglądając z bliska, zdajemy sobie z tego sprawę, że są to bloki olbrzymie, o ścianach przeszło metr długich i wysokich, przeniesione tu z dalekich okolic i trzymające się tylko własnym ciężarem.

Bliższe naszemu pojmowaniu są te piramidy Cheopsa i Chefrena, z 4 dynastii, około 2500 lat przed Chr., gdyż, jak powiada historyk sztuki Meier-Graefe, w piramidach odnaleźć możemy w wielkim stylu to, co niedawno sztuka Europy starała się sobie przyswoić na małą skalę. Ma tu na myśli Meier-Graefe kierunki kubistyczne w sztuce nowoczesnej. Jeżeli te uznajemy za słuszne — to będziemy mogli uważać „budowniczych piramid za poprzedników Picassa“.

Widzimy we wspaniałych kolorowanych płaskorzeźbach, przedstawione codzienne życie w owych czasach, budowanie okrętów, robotnicy przy pracy, bydło pasące się na polu, zbiory w polach i ogrodach, rybołówstwo itd. Przyrodnik i literat Goetel opisując w r. 192[illegible] wnętrze tego grobowca, słusznie zauważa, że jest to księga otwarta dla każdego i nie wymagająca komentarzy i dalej Goetel powiada: „zwolennicy abecadła wzruszą niezawodnie ramionami nad tak naiwną pierwociną uwiecznienia myśli ludzkiej — lecz entuzjaści kina powinni wchodzić na klęczkach. Ti jest autorem i wykonawcą pierwszego filmu świata. Sam już układ kroniki, złożonej w długich, jednakowo szerokich rzędach, przypomina taśmę filmową. A figurki!... te uchwycone w tysiącznych fazach figurki, puścić w ruch na szpulce a zaczną żyć, ruszać się, pokazywać wszystkie akty drobiazgowego scenariusza starodawnych dziejów“. I nie jest to sugestia, lecz w istocie, gdyby jakiś artysta rysunkowy zadał sobie tyle trudu, ile potrzeba do wykonania filmu rysunkowego, mógłby stworzyć cud i postacie sprzed kilku tysięcy lat odżyłyby na srebrnym ekranie.

Po zakończeniu zjazdu naukowego były w programie wycieczki dalsze.

Najbardziej pouczającymi były obrazy domostw Fellachów, widziane z pociągu. Są to niskie lepianki, ulepione z mułu nilowego, mające zamiast okien, małe otwory w ścianach, zamiast dachu — łodygi z trzciny cukrowej, poziomo ułożone. To wszystko bez obawy deszczu, któryby w innym klimacie do szczętu zniszczył te schroniska ludzkie. Ale zato dekoracja mieszkań niecodzienna, wszędzie palmy w mniejszych lub większych skupieniach stanowią malownicze tło dla tych czarnych lepianek.

W Luxorze przeprawiliśmy się barką na zachodni brzeg Nilu, gdzie straż pełnią kolosy Memnona, skąd autem wyjechaliśmy do Doliny Królów w Tebach. Potężne złomy skalne i piaszczyste wzgórza, oblane słońcem, sprawiały w pierwszej chwili wrażenie krajobrazu alpejskiego. Majestatycznie na tle tych skał przedstawiało się wejście do świątyni Der-El-Bahari, z czasów 18. dynastii, około 1500 lat przed Chr.

Gdy podeszliśmy bliżej i przez skalne otwory zaczęliśmy w dół schodzić do grobowców, ogarnęło nas dziwne uczucie, minione wieki tu zmartwychwstają i opowiadają swoje dzieje. Tu w Dolinie Królów, powinien się znajdować olbrzymiej wielkości napis:

„Hic mortui vivunt et muti loquuntur“.

Hieroglify i malowidła na ścianach grobowców tak żywo przemawiają do naszej fantazji, że nie odczuwamy tego odstępu wielu tysięcy lat.

Ściany świątyń w Karnaku ozdobione licznymi płaskorzeźbami, przedstawiającymi sceny z życia bogów i ludzi oraz hieroglifami, których znaczenie odczytać może tylko biegły w tych znakach świętych. A scena, którą oglądaliśmy przy wyjściu z Karnaku, była rów-

nież wizją dawno minionej przeszłości. Grupa robotników usiłowała zapomocą sznurów poruszyć wielki głaz skalny, przeznaczony do rekonstrukcji jednej ze świątyń. W środku tej grupy stał dozorca z harapem, jak za dawnych faraońskich czasów.

Odmienne wrażenia pozostawia po sobie Assuan. Tu zapoznaliśmy się ze skalistą przyrodą i pierwszą kataraktą Nilu. W kopalniach granitu, służącego do budowy świątyń, pouczającym jest widok leżącego, 41 metrów długiego obelisku, którego przednia ściana pokryta już jest hieroglifami, a którego nie zdołano już wydobyć z podłoża granitowego i wznieść do góry. Poza tym dwie wyspy zwracają uwagę turystów. Jedna to Elephantine z wyrytym na skale starym nilomierzem, o którym historyk Strabo podaje, że zależnie od wysokości stanu wody w Nilu wymierzano także wysokość podatków. Druga wyspa to Philae ze świątynią Izydy, znajdująca się całkowicie pod wodą podczas wysokiego stanu wody w zbiorniku nilowym. W grudniu natrafiliśmy na okres, gdzie szczyt pylonów świątyni był jeszcze odsłonięty.

Według staroegipskiego podania, miał Nil zawdzięczać coroczne wezbranie swych wód łzom bogini Izydy. W obecnych czasach uprawiania na wielką skalę bawełny — łzy Izydy jużby nie wystarczyły. Musiano pomyśleć o stałym zbiorniku wodnym, któryby o każdej porze był w stanie dostarczać odpowiednią do uprawy ilość wody. Na przestrzeni około 2 kilometrów, wybudowano największą na świecie tamę, zaopatrzoną w 180 olbrzymich śluz wodnych. Gdy powyżej tamy woda się nagromadza, zbiornik wodny pokrywa przestrzeń 295 kilometrów. Oglądając to olbrzymie dzieło podziwiać musieliśmy potęgę ducha ludzkiego — ten sam umysł, który przed tysiącem lat projektował piramidy, w czasach obecnych stworzył potężną i genialną zaporę nad Nilem w Assuanie.

Słońce jest już w tych okolicach wszechpotężne — wywołuje ono całkowity przewrót w psychice mieszkańca północy. Przyzwyczajeni do niestałej pogody z trudem przez pierwszych kilka dni mogliśmy sobie uświadomić, że to pogoda trwała, że nie tylko dzisiejszy dzień taki słoneczny, ale że jutro również będzie świeciło słońce i że nawet jeśli rankiem zasłoni je lekka mgła nilowa, to w godzinę lub dwie gogodziny później znowu słońce swymi promieniami zaleje cały krajobraz.

W porównaniu ze słońcem egipskim — nawet słońce Wenecji wydaje się „małomieszczańskim" (jak powiada Meier-Graefe). Nic też dziwnego, że tysiące lat przed nami słońce uważane było za bóstwo wszechwładne. Amon-Re, bóg słońca, był najwyższym państwowym bogiem w Egipcie i liczne świątynie były jemu poświęcone, z których jedna w Karnaku należy do najwspanialszych zabytków sprzed 2000 lat przed Chr.

Od Assuanu zaczęła się nasza podróż powrotna. Krajobraz Egiptu, jego dzieje pisane w hieroglifach, zabytki sztuki i kultury, wszystko to pozostawia po sobie trwałe wrażenie.

Gdybyśmy chcieli znaleźć odpowiedź na pytanie, jak przedstawiał się nam Egipt, trudno by było jednolite na to dać określenie. Biorąc rzecz czysto praktycznie, tak, jak widzieliśmy Egipt z okien dziennego białego pulmanowskiego ekspresu, to powiedzielibyśmy, że Egipt to wąski pas ziemi, w niektórych miejscach nie przekraczający trzech kilometrów, który okiem można objąć. Wyglądając z okien pociągu, widzimy Nil, szyny kolejowe i wąski pas uprawnej ziemi, pokrytej w miesiącu grudniu soczystą zielenią, dochodzącą już pół metra wysokości — a z obu stron widnieje w dali złocista pustynia.

Gdy jednak zajrzymy do piśmiennictwa i weźmiemy do ręki znanego nam dobrze „Faraona" Prusa — nawiasem dodam, że egzemplarz Faraona w ozdobnym wydaniu, w oprawie o motywach ludowych i tłumaczenie włoskie tego dzieła ofiarowane zostało królowi Farukowi przez posła polskiego p. Kulę i prof. Szymańskiego i złożone w kancelarii królewskiej — w tym więc dziele znajdujemy na wstępie opis Egiptu zabarwiony już fantazją poety. Oto co pisze Prus:

„Gdyby ktoś mógł się wznieść o 20 metrów w górę i stamtąd spojrzeć na Egipt, zobaczyłby dziwną formę kraju i osobliwe zmiany koloru. Z tej wysokości na tle białych i pomarańczowych piasków, Egipt wyglądałby jak wąż, który w energicznych skrętach posuwa się przez pustynię do morza Śródziemnego i zanurzył w nim trójkątną głowę, ozdobioną dwojgiem oczu: lewym Aleksandria, prawym Damietta.

Długi ten wąż w październiku, kiedy Nil zalewa cały Egipt miałby błękitną barwę wody. W lutym, kiedy miejsce opadających wód zajmuje wiosenna roślinność, wąż byłby zielony... itd.".

A w nowszych czasach znany historyk i powieściopisarz Emil Ludwig personifikuje życiodajną dla Egiptu rzekę Nil i w oryginalny sposób pisze biografię tej wspaniałej rzeki. Zwykły śmiertelnik, który krótko bawiąc w Egipcie, podróżuje tylko utartym szlakiem, wymierzonym przez towarzystwa podróży, nie przypuszcza nawet, że ten spokojny w swym biegu Nil ma wysoko na górze młodszego brata, który pełen temperamentu i żywotności z niebotycznych gór nad równikiem spada w dół jako Nil Niebieski i dopiero koło Khartoum łączy się ze spokojnym Nilem Białym.

Trzeba być zapalonym podróżnikiem i poetą, jak Ludwig, żeby będąc w Assuanie nie zakończyć tam podróży, lecz wybrać się wzwyż do źródeł Nilu i stamtąd obserwować jego bieg i życie. Wówczas rzeka Nil stałaby się, jak dla Ludwiga, istotą żyjącą, której przeżycia, podobnie, jak w biografii wielkich mężów, można wyprowadzić z jej charakteru.

„Widzimy jak Nil — powiada Ludwig — jako chłopak występuje z praboru swego dzieciństwa, w walce nabierając siły; to upadający na duchu i prawie zanikający, aż wreszcie zwycięski; jak jego daleki i dzielny brat z nim się łączy; jak razem przepływają pustynię i przebijają skały; jak na szczycie swej męskiej siły podejmuje walkę z człowiekiem i przegrywa — lecz teraz ujarzmiony przez wolę ludzką, stwarza szczęście ludzi i dokonuje rzeczy bardziej wzniosłych aniżeli w dzikich porywach swej młodości."

Nil i Egipt — to dwa skojarzone ze sobą pojęcia. Bez przesady możnaby powiedzieć, że gdyby nie było Nilu, nie byłoby Egiptu, tylko rozległa aż do morza ciągnąca się pustynia. Memento tego pustynnego charakteru Egiptu odczuwa się już na każdym kroku, podczas jazdy koleją z Kairu do Assuanu. Żaluzje drewniane, umieszczone we wszystkich wagonach kolejowych mają chronić wnętrze wagonów i pasażerów od pustynnego piasku, który przy niestosowaniu się do przepisów przedostaje się wszędzie.

Podczas pobytu w Egipcie dwa wrażenia wbijają się w pamięć: słońce i Nil. Na zakończenie też podświadomie, pod wpływem kongresu okulistycznego budzi się skromne porównanie okulistyczne z dnem oka, którego naczynia były jednym z głównym tematów zjazdowych, że Nil to w prawdziwym tego słowa znaczeniu — **arteria centralis** Egiptu.

Dalszy ciąg ze str. 1-ej.
kompilacje nieznanych najczęściej autorów i tłumaczów, nazywane Aggregatorami, Herbariusami lub Ogrodami zdrowia.

Ten wstęp był konieczny, aby umieć ocenić naszą literaturę botaniczno-lekarską XVI wieku.

Podobnie jak reszta Europy zachodniej mieliśmy w XVI wieku oba rodzaje literatury, tylko w porównaniu z zagranicą byliśmy spóźnieni o kilka dziesiątków lat, a nasza technika wydawnicza, szczególnie drzeworytnicza, stała na niższym poziomie niż we Włoszech i Niemczech.

W dziełach, traktujących o historii nauk przyrodniczych i lekarskich w Polsce, zwłaszcza z przed roku 1888, istnieje dużo bałamuctw i nieścisłości co do naszej literatury botaniczno- lekarskiej, a szczególnie jej autorów, których w czambuł nazywa się „znakomitymi lekarzami". Dopiero profesor Józef Rostafiński dał w roku 1888 dwie kapitalne rozprawy, które wyjaśniają należycie charakter naszej literatury botanicznej XVIII wieku. Prace te noszą tytuły:

1) Porównanie tak zwanych zielników Falimirza, Spiczyńskiego i Siennika.

2) Nasza literatura botaniczna XVI wieku, jej autorowie lub tłumacze.

Zaczęło się w Polsce od tłumaczenia popularnych na zachodzie Herbariusów, a później dopiero pojawiły się u nas dzieła specjalne, zasługujące na miano naukowych.

Ujmując rzecz chronologicznie można wymienić naszą literaturę botaniczno-lekarską XVI wieku w następującym porządku.

1) Szymon z Łowicza — „Aemilii Macri de herbarum virtutibus". Dziełko to nosi popularną nazwę Nomenklator Szymona z Łowicza. Było to niewielkie (88 kart), popularne zagranicą, napisane kiepskim łacińskim wierszem dziełko o ziołach, do którego ów Szymon z Łowicza dopisał tylko polskie nazwy roślin i w ten sposób zapoczątkował w literaturze polskie mianownictwo roślin. Według prof. J. Rostafińskiego Szymon z Łowicza był w czasie wykonywania tej pracy najwyżej studentem Akademii Krakowskiej, a jeśli może później i został lekarzem, to już niczym się nie odznaczył, albowiem nie ma śladów jego naukowej działalności.

Wydań Nomenklatora było dwa, pierwsze z roku 1532, drugie — 1537. Wydawcą w obu wypadkach był księgarz krakowski Florian Ungler.

2) Stefan Falimirz — dziełko bez tytułu, nazywane zwykle Unglerowski Ogród Zdrowia z roku 1534. Nomenklator Szymona z Łowicza dotyczył tylko roślin, był napisany po łacinie, a dzięki specjalnej terminologii był trudno zrozumiały dla laików. Zagranicą w tym czasie były już różne popularne podręczniki i poradniki lekarskie, drukowane w językach narodowych. Dlatego wydawcą Nomenklatora Ungler angażuje jako tłumacza niejakiego Stefana Falimirza, który według prof. J. Rostfińskiego nie był nawet lekarzem, i poleca mu przetłumaczyć na język polski i zebrać w jedną całość szereg różnych wydawnictw i artykułów. Falimirz miał pracę trudną, albowiem musiał dopiero stwarzać polską nomenklaturę. Wykonał tę pracę jak umiał, choć popełnił sporo błędów, za co go w lat kilkadziesiąt potem mocno krytykuje Marcin Urzędów. Nazwy roślin wziął Falimirz od Szymona z Łowicza, a niektóre tylko miejscami zmienił i uzupełnił. Było to dziełko znacznie obszerniejsze od Nomenklatora, bo liczyło 38 kart nieliczbowanych i 395 liczbowanych. Zamiast tytułu miało spis rozdziałów, z których się składa, mianowicie:

1) O ziołach i moczy yich,
2) O paleniu wódek z ziół,
3) O olejkach przyprawianiu,
4) O rzeczach zamorskich,
5) O zwierzętach, o ptaczech, y o rybach,
6) O kamieniu drogim,
7) O urinie, o pulsie, y o innych znamionach,
8) O rodzeniu dziatek,
9) O naucze gwiazdecznej,
10) O stawieniu baniek, y o puszczaniu krwie,
11) O rządzeniu czasu powietrza morowego,
12) O lekarzstwach doświadczonych na wiele niemoczy,
13) O nauce barwierzkiey.

Dział o roślinach był przetłumaczony z jakiegoś dziełka, ale nie z Nomenklatora Szymonowego. Książka ukazała się w roku 1534. Nie było to wprawdzie wartościowe dzieło naukowe, ale pierwszy druk polski z zakresu medycyny popularnej.

3) Hieronim Spiczyński — „O ziołach tutecznych i zamorskich i o mocy ich, a k'temu księgi lekarskie wedle regestru niżej napisanego wszem wielmi użyteczne... Cracoviae apud Viduam Floriani Unglerij Anno Dni M.D.XLII" (1542). Jest to przeróbka Unglerowskiego Ogrodu Zdrowia, tłumaczonego przez Falimirza. To wydanie było trochę mniejsze od edycji Falimirzowej. Liczyło ono 12 kart nieliczbowanych i 247 liczbowanych. Niektóre rozdziały zostały te same, inne usunięto. Rozdziały umieszczono następujące:

1) Regestr o ziołach, 2) O zamorskich, 3) Regestr o wódkach, 4) Regestr zwierząt, 5) O ptacech regestr, 6) O rybach regestr, 7) O kamieniach drogich, 8) Regestr na wszelkie niemocy. Drzeworyty umieszczono przeważnie dawne, część tylko zastępując nowymi i lepszymi. Rozdział o puszczaniu krwi został napisany przez Mistrza Andrzeja z Kobylina. Kto poprawił, tłomaczył i przestawiał inne rozdziały niewiadomo, albowiem H. Spiczyński, patrycjusz i rajca krakowski, ale nie lekarz, napisał tylko odezwę do czytelników, aby cenili tę książkę napisaną w języku ojczystym. Z powodu iż odezwa H. Spiczyńskiego znajduje się na karcie tytułowej, dlatego Spiczyńskiemu przypisano autorstwo całej książki i nazywa go się mylnie „znakomitym lekarzem polskim XVI wieku".

4) Antoni Schneeberger — „Catalogus Stirpium quarundam Latine et Polonice conscriptus, per Antonium Schneebergerum Tigurinum, Cracoviae apud Lazarum Andream 1557 mense Februario".

A. Schneeberger urodził się w Zurychu w Szwajcarii, gdzie się kształcił pod kierunkiem znakomitego botanika Konrada Gesnera, następnie pogłębiał studia w Bazylei i zwiedził liczne uniwersytety zagraniczne. Mając stopień doktora medycyny, przywędrował do Krakowa i tu osiadł na stałe, zajmując się praktyką lekarską. Schneeberger nie napisał księgi o ziołach, lecz jedynie zebrał sumiennie w Krakowie i okolicy, przeważnie od ludu, polskie nazwy roślin dzikich oraz hodowanych i podał je obok nazw łacińskich. Praca Schneebergera przeto jest niezmiernie cennym dokumentem do historii polskiego mianownictwa roślin z XVI wieku oraz do poznania roślin hodowanych w owej epoce w okolicach Krakowa. Spis ten obejmuje nazwy 432 roślin, z czego 270 dotyczy roślin dzikorosnących, a 162 roślin cudzoziemskich, hodowanych w kraju lub tak już dobrze znanych, że stworzono dla nich specjalne nazwy. Wprawdzie Szymon z Łowicza w swoim Nomenklatorze dał pierwszy polskie nazwy roślinom, ale często

wykombinował je sam dowolnie lub gdzieś zasłyszane przyczepiał nie zawsze właściwie. Praca Szymona z Łowicza jest tylko przyczynkiem, a praca Schneebergera cennym dokumentem do historii polskiej botaniki.

5) Unglerowski Ogród Zdrowia z 1542 roku z nazwiskiem H. Siczyńskiego został przedrukowany bez żadnych zmian przez księgarnię Marka Scharffenberga w roku 1556 („Apud Haeredes Marci Scharffenberger Anno 1556").

Z powodu, że w Regestrze tytułów u dołu w drzeworycie herbu znajduje się data 1544 (być może w tym roku był drzeworyt wykonany), dało to powód do bałamutnej wersji, że istnieją Ogrody Zdrowia z roku 1554 i 1556. Jak stwierdza kategorycznie prof. J. Rostafiński przedruk Unglerowskiego Ogrodu Zdrowia z wydania 1542 r. został dokonany przez księgarnię Scharffenberga tylko raz jeden w roku 1556.

6) Marcin Siennik — „Herbarz to iest ziół tutecznych, postronnych y zamorskich opisanie: ...W Krakowie; w Drukarni Mikołaja Szarffenberga" 1568 r.

Pomimo nowego tytułu jest to trochę przerobiona, miejscami zmieniona i uzupełniona kompilacja w rodzaju Ogrodu Zdrowia. Marcin Siennik, jak udowodnił prof. Rostafiński, nie był nawet lekarzem. Miał jednak przygotowanie i oczytanie przyrodnicze, bo w wielu miejscach powołuje się na wartościowe wówczas wydawnictwa zagraniczne jak Matthiolusa lub Valeriusa Corda. Oto co mówi o tym Herbarzu prof. Rostafiński: „Nie tylko w przestawieniu części głównych Herbarza istnieje różnica między tym a Spiczyńskiego wydaniem. Podobne przestawienia treści dają się widzieć i w odrębnych częściach. Zwłaszcza „Lekarstwa doświadczone" zostały inaczej uszykowane. W głównych jednak zarysach jest to nożycowa robota, bo, porównując część za częścią, widać że są najzupełniej tak samo obszerne i jeżeli właściwy Herbarz Siennika ma kilka kart więcej jak Spiczyńskiego, to nie dlatego, żeby treść jakiejś części została o tyle wzbogaconą, tylko że do różnych części dopisywał Siennik przedmowy, że niektóre drzeworyty odbito dwukrotnie, że pomieszczono jeden wielki z Falimirza, który u Spiczyńskiego był opuszczony.

Tylko przez tłumaczenie Pedemontana, przez liczne Regestra i przez końcowy Wykład imion trudnych staje się księga daleko obszerniejszą.. Przechodząc do szczegółowego porównania części botanicznej, widzimy bardzo pospolicie poprawki językowe...

Nazwy roślin uległy w tym wydaniu radykalnej zmianie, bardzo często zostały nieco zmienione...".

7) Marcin Urzędów — „Herbarz Polski. To iest o przyrodzeniu ziół i drzew rozmaitych, y innych rzeczach do lekarstw należących, księgi dwoje... Doktara Marcina Urzędowa... W Krakowie, w Drukarni Lazarzowej. R. Pańskiego MDVC" (1595).

Jest to duży tom in folio o 488 stronicach, napisany przez człowieka wykształconego, który ukończył Akademię Krakowską, następnie studiował we Włoszech w Padwie i Wenecji, podróżował po Węgrzech i Szwajcarii, oraz posiadał stopnie „Philosophiae ac Medicinae Doctoris". Marcin Urzędów był początkowo plebanem w Urzędowie, a następnie kanonikiem w Sandomierzu i medykiem Kasztelana Krakowskiego Jana z Tarnowa.

Herbarz Marcina Urzędowa jest dziełem oryginalnym, odmiennym i obszerniejszym od typu różnych Ogrodów Zdrowia. Zawiera on tylko opisy surowców lekarskich (rośliny zwierzęta i minerały) więc jest jakby rodzajem podręcznika farmakognozji oraz farmakologii.

Wprawdzie opisy roślin u Marcina Urzędowa nie są zbyt dokładne i obszerne; przy roślinach pospolitych ograniczają się częstokroć do takiej wzmianki, jak przy szparagu, który nazywa Jabłonki: — „Jabłonki, nietrzeba tego ziela wykładać, bo każdemu wiadome". Przy wielu jednak roślinach autor przytacza opisy wzięte z Dioskorydesa lub Pliniusza, których uważa za nieomylne wyrocznie. Ośmiela się jednak krytykować innych autorów, których często cytuje, a ze szczególną pasją krytykuje, a czasem nawet wyśmiewa, Falimirza, którego nazywa lekceważąco „Stefankiem" lub „Phalimirusem". Tu i owdzie wymienia ściśle miejscowości, w których daną roślinę spotykał. Największą jednak część każdego artykułu zajmują opisy zastosowania surowca, oparte na studiach Dioskorydesa, Galena, Piliniusz lub autorów średniowiecznych.

Jest rzeczą dotychczas nieroztrzygniętą, kiedy ta książka została napisana. Herbarz Marcina Urzędowa został wydrukowany staraniem Jana Firlewicza w roku 1595, t. j. w 22 lata po śmierci autora, który zmarł 22/VI 1573 r. Książka jednak została napisana — według prof. J. Rostafińskiego mniej więcej pomiędzy 1543 a 1553 rokiem, przyczem najpierw obszerna księga pierwsza o ziołach (str. 1—395), a dopiero w jakiś czas potem księga druga o produktach zwierzęcych i kruszcach (str. 395 — 460).

Pogląd ten uzasadnia prof. J. Rostafiński faktem, że Marcin Urzędów, człowiek bardzo oczytany, nie cytuje poza Falimirzem innych polskich wydawnictw, a w spisie autorów zagranicznych z XVI wieku przytacza tylko O. Brunfelsa, którego pięknie ilustrowana księga o ziołach „Contrafyet kreuterbuch newlich beschrieben" wyszła w latach 1532—1537, oraz Leonarda Fuchsa, którego De Stirpium historia commentarii insignes" z bardzo pięknymi drzeworytami Späcklina ukazała się w 1543 r. Nie wymienia zaś wcale M. Urzędów Dodeneusza (1552), P. Matthiolego (1554) i V. Corda (1561), z czego prof. J. Rostafiński wyciąga wniosek, że pierwsza księga o ziołach została napisana wcześniej, lecz Urzędów nie mógł znaleźć nakładcy na tak specjalne dzieło botaniczne. Później dopisał księgę drugą, ale w międzyczasie wyszło drugie wydanie Spiczyńskiego (1556), a w 12 lat po tym Herbarz Siennika. Widocznie M. Urzędów nie mógł dojść do porozumienia z wydawcami, nie chciał się zgodzić na przerabianie swego dzieła na popularne wydawnictwo w rodzaju Ogrodu Zdrowia i widocznie zniechęcił się do tej pracy. W ten sposób niepoprawiony już rękopis przeleżał u autora do końca życia i dopiero w 22 lata po jego śmierci ujrzał światło dzienne. Trudno więc winić autora, że wiele jego poglądów nie odpowiadało stanowi wiedzy z końca XVI wieku. Powinno się ono było ukazać wtedy, kiedy było pisane, t. j. w połowie XVI wieku. Gdyby autor sam nadzorował druk tej pracy, pewnością wiele rzeczy by poprawił lub uzupełnił, tymczasem stało się inaczej i Herbarz Marcina Urzędowa z chwilą wyjścia z druku był już dziełem przestarzałym, ale na połowę XVI wieku byłby dobry.

8) Syreński Szymon (Syreniusz) — „Zielnik—Herbarzem z języka łacińskiego zowią... Cracoviae Anno 1613".

Jest to największe i najcenniejsze dzieło botaniczne polskie. Olbrzymi tom in folio o 1540 stronach i kilkunastostronicowym regestrze. Większość, bo przynajmnie 75%, całego tekstu wypełniają nie opisy roślin, lecz kompilacje recept i wskazań leczniczych danego gatun-

ku czerpane z Dioskorydesa Galena i lekarzy średniowiecznych. Wielkich zarzutów z tego powodu naszemu botanikowi robić nie można, albowiem nawet w najlepszych dziełach botanicznych z owej epoki, np. Matthiolusa, Dodoneusza i in., opisy lekarskiego użytkowania każdej rośliny zajmują najwięcej miejsca. Dla naszej historii dzieło Syreniusza ma ogromne znaczenie, albowiem przy wielu roślinach autor podaje własne spostrzeżenia, dotyczące występowania, uprawy, względnie użytkowania danej rośliny w Polsce lub w innych krajach europejskich, które Syreniusz zwiedzał i znał. Np. o Anyżku (Hanyżu) tak mówi (str. 403):

„Na polach, w ogrodach i sadach bywa siany: w Niemieckich stronach, jako nad Renem, osobliwie koło Szpiry (Strasburku) y w okolicy. Tu u nas w roskoszniejszych ogrodach poczynają go rozmnażać... Siewają go w lutym i w marcu. Lubi ziemię tłustą, wilgotną i wyprawną".

Syreniusza zaliczyłem do pisarzy wieku XVI, chociaż jego dzieło wyszło na początku XVII w., mianowicie w 1613 r. Stało się to w dwa lata po śmierci autora, który na druk tej olbrzymiej księgi stracił cały swój szczupły majątek, ale druku nie dokończył. Dopiero uczeń Syreniusza, Dr Gabryel Joannicy, profesor Akademii Krakowskiej, dzięki uzyskaniu zapomogi od Anny Wazówny, siostry króla Zygmunta III, mógł doprowadzić druk tego dzieła do końca. Z przykrością zatem trzeba stwierdzić, że i przed trzystu kilkunastu laty pisanie dzieł naukowych było deficytowe i bez specjalnych zapomóg nie można ich było wydać.

Szymon Syreński (nazwisko zlatynizowane Syrenius) urodził się w Oświęcimie pod Krakowem w 1541 r., wstąpił do Akademii Krakowskiej w roku 1560, którą ukończył ze stopniem doktora filozofii w 1569 r. Następnie zwiedził Węgry, Szwajcarię, Niemcy, Włochy i tam w Padwie uzyskał stopień doktora medycyny. W roku 1589 został przyjęty w charakterze profesora do Akademii Krakowskiej. Zielnik swój pisał, a może i napisał na długo przed swoją śmiercią, albowiem w swych opisach wspomina tu i owdzie osoby, które zmarły w końcu XVI wieku. Zaczął drukować swój zielnik w Krakowie u Mikołaja Loba i druku nie dokończył. Trudno więc go winić, że wielu rzeczy nie mógł już poprawić, jak również. za to, że rysunki w jego Zielniku (drzeworyty) są znacznie gorsze, niż w takich samych wydawnictwach włoskich lub niemieckich. W każdym razie dzieło S. Syreniusza jest najcenniejszym pomnikiem polskiej literatury botanicznej z końca XVI wieku i przynosi nam chlubę.

Streszczając teraz wszystko wyżej powiedziane, można twierdzić, że naprawdę naukowymi dokumentami naszej literatury botaniczno-lekarskiej XV wieku są tylko prace Schneebergera, Marcina Urzędowa i Szymona Syreńskiego (Syrenniusa), a wszelkie Nomenklatory i Herbarze nie są dziełami oryginalnymi, a jedynie dość lichymi i przestarzałymi już na zachodzie kompilacjami z dzieł autorów średniowiecznych, rodzajem popularnych encyklopedyj przyrodniczo-lekarskich dla laików. Nazwiska pseudoautorów przyczepione do tych wydawnictw, mianowicie Szymona z Łowicza, Stefana Falimirza, Hieronima Spiczyńskiego i Marcina Siennika nie oznaczają — jak to mylne bywa tu i owdzie podawanie — znakomitych uczonych i lekarzy polskich, lecz jedynie tłumaczów lub przedmówców. Wydawnictwa te nie posunęły naprzód nauki polskiej, ale przyczyniły się do powstania słownictwa przyrodniczo-lekarskiego i popularyzowania go wśród ludności.

Kilka uwag o nieswoistości fizjologicznej hormonów płciowych.

Doc. Dr. MICHAŁ GEDROYĆ (Warszawa).

Jeżeli jako rzecz bezsporną uważamy, że hormony i witaminy u obu płci są na ogół identyczne, to wyjątek jednak w grupie tych ciał stanowią hormony płciowe, które według twórców hormonologii seksualnej są i powinny być zróżnicowane i specyficzne, zatym prowadzić powinny rozwój płci w pewnym zdecydowanie różnym kierunku.

Toteż jedną z najbardziej uderzających zdobyczy biochemii i fizjologii najnowszych czasów jest odkrycie, że poza funkcją specyficzną hormonów płciowych istnieją hormony płciowe, a nawet witaminy o niespecyficznych funkcjach płciowych. Co zaś jeszcze bardziej uderzające, że ten sam specyficzny hormon płciowy może spełniać u obu płci funkcje hormonu swoistego, a zatym może posiadać funkcje dwuwartościowe (biseksualne).

„Specyficzność" hormonalną płciową można poddawać w wątpliwość i z tego względu, że zazwyczaj hormony płciowe męskie i żeńskie występują u obu płci razem, człowiek bowiem narówni z innymi kręgowcami jest szczątkowym hermafrodytą. Okazało się jednak dalej, że nie ma zbyt wielkich różnic w budowie chemicznej między hormonami płciowymi męskimi i żeńskimi, co czyni jednak mniej zadziwiającym fakt biseksualnych ich własności.

Dzisiaj chemicy i biochemicy mnożą wielokrotnie (Butenandt, Ruzicka i wielu innych) ciała, mniej lub więcej hormonalnie czynne, powiększając zdolności twórcze ustroju, który jednak sterole potrafi pod względem fizjologicznym i morfogenetycznym w sposób prosty użytkować. Biochemicy ponadto znajdują ciała „hormonalne" czynne nie mające z hormonami naturalnymi nawet nic pod względem budowy chemicznej wspólnego (Anol i inne).

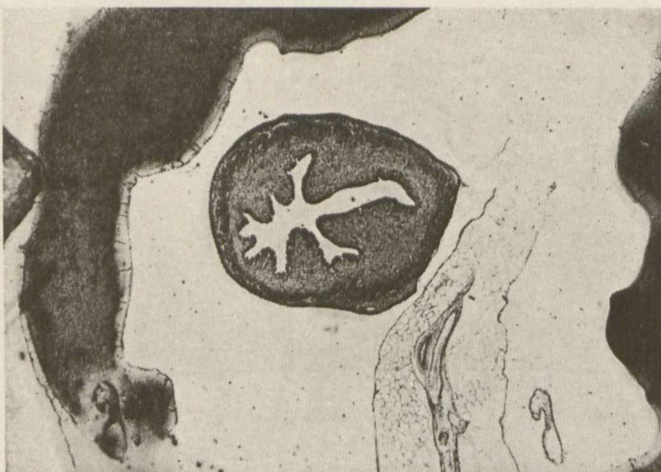
Oto kilka faktów na poparcie tezy o względnej swoistości hormonów płciowych.

Korenczewsky ze współpracownikami wykazuje dla androstendionu i androstendiolu (związki te otrzymał pierwszy Butenandt i ich własności fizjologiczne podał), że obydwa hormony męskie są szynne u obu płci i narządy, które po kastracji uległy daleko idącej atrofii doprowadzają do normy. Estry testosteronu (propionat testosteronu), najbardziej czynnej formy hormonu męskiego, również powodują restytucję narządów płciowych u obu płci, a z tym i korelacyjne zmiany w innych narządach.

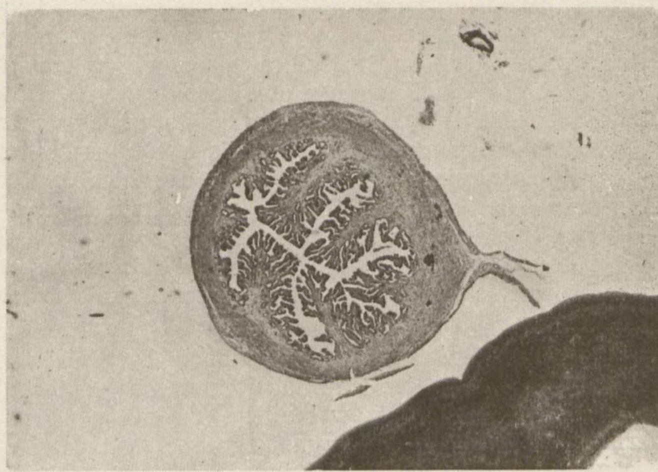
Między propionatem testosteronu a oestronem istnieje wyraźny synergizm. Macica, pochwa i gruczoły napletkowe ulegają powiększeniu. Narządy te robią nawet wrażenie, że ustrój znajduje się w ciąży.

Cahen potwierdza badania Freuda, de Jongha, Laguera i innych, że hormon żeński folikulina (oestron) działa również i na ustrój męski. Folikulina podana kastrowanym niedojrzałym płciowo samcom w ilości 140 i 280 j powoduje wzrost pęcherzyków nasiennych równy działaniu 14 jednostkom kogucim hormonu męskiego z jąder. Hormon męski w tej samej ilości nie osłabia funkcji rujowej 1,5 γ oestronu u kastrowanych zwierząt.

Niewiadomo tylko, czy ten obupłciowy charakter hormonu żeńskiego jest istotny dla tych hormonów, względnie czy ta obojnacza funkcja hormonów płcio-



Przekrój przez macicę niedojrzałego królika samicy wagi 600-700 gr., który otrzymywał hormon żeński folikulinę. Rozwój macicy zatrzymuje się na stadium proliferacyjnym.



Przekrój przez macicę niedojrzałego królika samicy wagi 600-700 gr., który otrzymywał hormon żeński folikulinę i hormon corpus luteum. Śluzówka macicy uległa przekształceniu na fazę przedciążową.

wych nie zależy od trasformacji, którym heteroseksualny hormon może ulegać w ustroju innej płci.

Van Stolk i Penau podają, że dehydroandrosteron zarówno w męskim jak i żeńskim ustroju działa jako swoisty hormon płciowy.

U kogutów kastrowanych po podaniu 50—600 γ otrzymują przeciętnie 20% wzrostu grzebieni (=5—10 testosteronu). U kastrowanych szczurów samic 1mg. daje reakcję rujową (= 1 oestronu). U młodocianych szczurów 2 mg. dają otwarcie pochwy (=12 oestronu).

Kun i Pecenik donoszą, że aktywność hormonu męskiego wzrasta wielokrotnie przez dodatek hormonu żeńskiego. W lecznictwie sfery zaburzeń płciowych powinniśmy na tego rodzaju fakty zwrócić szczególną uwagę, choćby z tego względu, że w porównaniu z innymi hormonami płciowymi oestron jest, poza jego wybitną wartością kooperacyjną, łatwiej dostępny.

Ehrhardt i Hagena, Parkes i Ruzicka i częściowo Skowron podają, że hormon męski ma podobne działanie na śluzówkę macicy, jak hormon corpus luteum (1 mg progesteronu = 7 mg. testosteronu). Przeprowadzone przeze mnie doświadczenia wykazały, że działanie hormonu corpus luteum na macicę nie jest swoiste. Ten sam efekt możemy otrzymać przy pomocy hormonu męskiego i wyciągów z łożyska, jeżeli chodzi o fazę sekrecyjną (transformacyjną) i ten sam efekt możemy otrzymać przy pomocy hormonu męskiego z moczu androsteronu, jeżeli chodzi o fazę pierwszą w rozwoju macicy, fazę proliferacyjną, którą normalnie kieruje hormon żeński. Steinach i Kun stwierdzili (?), że w corpus luteum jest zawarte ciało, które daje ten sam efekt u kastrowanych świnek morskich samców i samic, jakie otrzymuje się pod wpływem hormonu męskiego.

Jakkolwiek wiemy, że hormon corpus luteum jest pod względem chemicznym ciałem ściśle określonym i innym, aniżeli inne hormony płciowe, nie jest wykluczone, że może być zastąpiony, może nawet klinicznie, (próby takie powinny być wykonane) przez hormon pochodzenia jądrowego i przez wyciągi z łożyska.

W przypadkach hipoplazji macicy, więc u niedojrzałych płciowo królików stwierdziłem, że obydwa hormony męskie, androsteron i testosteron, dają silniejszy rozrost macicy, aniżeli obydwa hormony żeńskie, oestron i hormon corpus luteum. Nie są wykluczone również i takie obserwacje kliniczne, w których mógłby być podawany hormon męski pochodzenia jądrowego we wszystkich tych przypadkach, w których stosuje się podawanie hormonu corpus luteum, a więc w skłonnościach do ronień (abortus habitualis) w jałowości, przy rozmaitego typu krwawieniach macicznych, przy braku równowagi między hormonem pęcherzykowym a corpus luteum i in.

Na wszelki wypadek, jak świadczą doświadczenia corpus luteum nie jest antagonistą innych hormonów płciowych, jak chciał Papanicolau, Steinach i in.

Stwierdzić zatym należy, że hormon męski, a przede wszystkim hormon męski otrzymywany z jąder nie jest antagonistą folikuliny. Że te hormony w ustroju wzajemnie się uzupełniają. Obydwa hormony męskie mogą zastąpić w pewnych wypadkach działanie obydwu hormonów żeńskich.

Nie możemy jednak nigdy zapominać, że mowa jest o dawkach fizjologicznych.

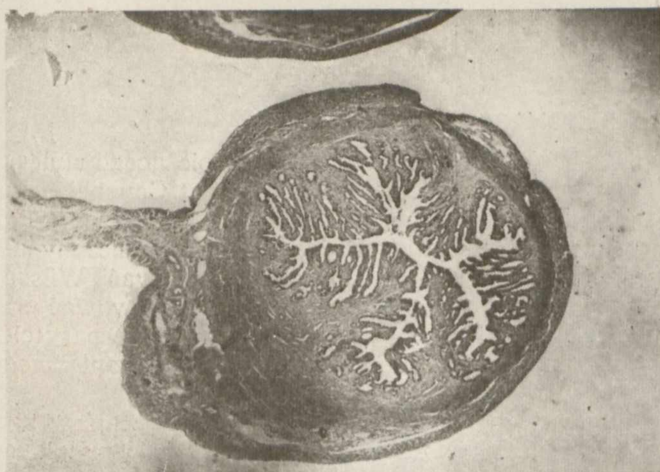
Mnożą się fakty kliniczne, że heterohormonalne, („paradoksalne") lecznictwo znajduje coraz większe zastosowanie, a większe jeszcze lecznictwo kombinowane, w którym używa się hormonu męskiego i żeńskiego.

Jeżeli znajdujemy w eksperymentach wykonywanych na zwierzętach pewne obserwacje, świadczące o pozornym antagoniźmie między hormonami, o którym częściowo wspominaliśmy, to z drugiej strony znajdujemy cały szereg nie mniej ważkich, a może nawet dokładniej i ostrożniej wykonywanych eksperymentów, które temu antagonizmowi zdecydowanie przeczą.

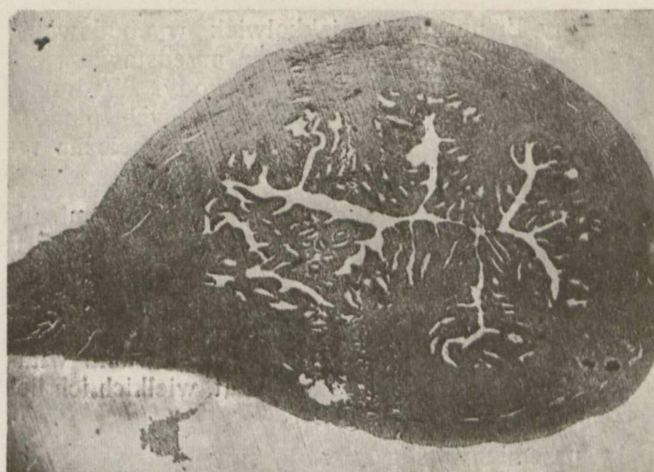
Toteż zagadnienie uchwycenia normalnych stosunków fizjologicznych zachodzących między hormonami płciowymi, z których najważniejsze z nich (hormon męski i żeński) są produkowane przez obydwie płci, wyjaśnienie ich roli metabolicznej i morfogenetycznej może się pod względem klinicznym i terapeutycznym okazać bardzo korzystne, w wypadkach leczenia heterohormonalnego i mieszanego.

Jeżeli androsteron prowadzi do proliferacji macicy, hormon zaś męski jądrowy (testosteron) daje jej zupełne przekształcenie na fazę sekrecyjną, są więc wszelkie warunki, by nastąpiło zagnieżdżenie jaja (nidatio) i zapłodnienie.

Jeżeli dalej transformację śluzówki macicy (endometrium) uważamy za jeden z kardynalnych warunków usunięcia bezpłodności i dane kliniczne w odniesieniu do corpus luteum potwierdzają to stanowisko, staje się niezrozumiałe, że to samo przekształcenie morfologiczne i histogenetyczne śluzówki macicy pod wpływem hormonu męskiego prowadzi do jałowości ustroju (przynaj-



Przekrój przez macicę niedojrzałego królika samicy, który otrzymywał hormon męski (testohormin) i hormon corpus inteum. Śluzówka macicy ulega zupełnemu przekształceniu na fazę przedciążową.



Przekrój przez macicę niedojrzałego królika samicy, który otrzymywał obydwa hormony męskie, (testohormin i testosteron), z moczu i z jąder. Macica wykazuje bardzo silny rozwój zarówno warstwy mięśniowej jak i śluzowej. Śluzówka macicy ulega przekształceniu na fazę przedciążową.

mniej jak podają — czasowej), w niektórych zaś wypadkach nie dochodzi po podaniu hormonu męskiego nawet do kopulacji (Lendle — Aurisicchio i inn.). Dozowanie zatym musi być tak dobrane, by nie zahamować owulacji, co przy dawkach dużych każdego hormonu, nawet oestronu, może mieć miejsce chociażby na drodze okrężnej, przez wywołanie zaburzeń w funkcji przedniego płata przysadki mózgowej.

Nie znajdujemy również żadnych wzmianek w literaturze, ażeby hormony męskie działały jako abortivum (w przeciwieństwie do folikuliny), a są bardzo prawdopodobne ich własności przeciwronne i utrzymujące prawidłową ciążę, ze względu na działanie morfogenetyczne na narządy rodne żeńskie tych hormonów. Zagadnienie zatym wymaga uzupełniających badań eksperymentalnych i przynajmniej pierwszych klinicznych.

Stosunki zachodzące w ustroju są jednak bardziej skomplikowane i podanie hormonu nawet swoistego najczystszego zahacza o cały układ wewnętrznego wydzielania, wywołując w nim niejednokrotnie daleko idące przesunięcia morfologiczne i fizjologiczne, przyczym ocena istotnej swoistości ich funkcji zostaje wysoce utrudniona. Z tego powodu opisywane są niezbyt rzadko obrazy „niespecyficznego" działania w lecznictwie hormonalnym, podobnie jak w lecznictwie witaminowym. Wiele lub może najwięcej zamieszania w nasze pojęcia o swoistości działania hormonalnego wnosi wielość ciał hormonalnych stosowanych dzisiaj w lecznictwie i bardzo ważne różnice w dawkowaniu.

Dalej niezawsze szczęśliwe ujęcie etiologii i schorzenie i in.

Jeżeli np. płat przedni przysadki mózgowej pozostaje pod wpływem wysokich dawek folikuliny, to jego funkcja hormonalna zostaje upośledzona (zmniejszona, wskutek czego następuje wstrzymanie rozwoju cyklu owarialnego, co prowadzi do czasowej jałowości ustroju (z podobnym mechanizmem spotykamy się również i w odniesieniu do działania hormonu męskiego na ustrój żeński). Z chwilą usunięcia tego czynnika hamującego, przysadka odzyskuje swoje funkcje gonadotropowe nadrzędne.

Hohlweg, podając niedojrzałym płciowo samicom szczurów wagi 40—50 g. większe dawki folikuliny, zauważył u nich masowe tworzenie się ciał żółtych. Lane uważa, że w takich wypadkach zwiększa się funkcja luteotropowa przysadki, jakkolwiek Hohlweg, który pierwszy tego rodzaju doświadczenia robił, jest zdania, że nie chodzi w tym wypadku o zwiększenie funkcji luteotropowej, lecz o naturalne zahamowanie funkcji folikulotropowej płata przedniego przysadki z powodu nadmiaru folikuliny. W takich wypadkach zaczyna płat przedni produkować hormon luteotropowy.

Gonadotropowe działanie przysadki jest nieswoiste, t. j. działanie to rozciąga się i na samice i na samce, jak z drugiej strony pokastracyjne zmiany w przysadce mogą być zniesione u samic przez podawanie hormonu męskiego, u samców przez podawanie folikuliny.

A za tym podawanie hormonów „specyficznych" bez względu na „płeć" tych hormonów, będzie przyczyną przynajmniej częściowego zahamowania funkcji przysadki, a ponieważ heteroseksualny hormon przestaje działać na system genitalny, to u zwierząt niedojrzałych płciowo następuje wstrzymanie rozwoju drugorzędnych cech płciowych. W ten sposób możnaby tłumaczyć rzekome antagonistyczne działanie heteroseksualnych hormonów specyficznych.

U niektórych zwierząt udowodniono, że obecność witaminy E dla normalnego rozwoju ich sfery genitalnej jest konieczna (pszczoły, szczury, koguty).

Okazało się, że podawanie witaminy E przy skłonnościach do ronień ustroju usuwa te skazy (bydło, świnie, owce). U kobiet w 75% przypadkach skłonności abortywne przez podawanie witaminy E zostają usunięte (Vogt—Möller, Juhasz—Schöffer, Watson i Few).

Bauer i Macomber wykazali, że niodostateczne odżywianie prowadzi do zaburzeń w miesiączkowaniu, do niepdłodności i hypoplazji genitalnej.

Juhasz—Schöffer z pomocą witaminy E leczy u mężczyzn niemoc płciową, azoospermię i jałowość, u kobiet spóźnioną menarche. Czy udaje się leczyć u kobiet amenorrhoea primaria pozostaje zagadnieniem otwartym.

Vogt otrzymuje u kobiet korzystne rezultaty przy wtórnym braku miesiączkowania, w bezpłodności, w okresie przekwitania i po kastracji, przy pomocy preparatu, który ma się składać z zespołu fytosteryn, witaminy E i jakiegoś aktywatora. Wiemy, że objawy awitaminozy E są „irreparable", u samców (azoospermia, zanik kanalików nasiennych, zanik jąder, spermatydów, wreszcie lyza). Samice pozostają przy E awitaminozie zdolne do koncepcji i wynoszą pierwszą ciążę przy bra-

ku witaminy E normalnie, jakkolwiek wychodowanie młodych już w pierwszym pokoleniu przedstawia trudności i zdarzają się nawet nieżywe porody. W drugim porodzie samica rodzi już kilka nieżywych płodów. W trzecim porodzie następuje wewnątrz maciczna resorbcja płodów i łożyska.

Autorowi udało się wykazać, że podawanie młodocianym królikom samicom wagi 600—700 g. witaminy E i androsteronu prowadzi do przemiany śluzówki macicy na fazę przedciążową. Faktu tego użył autor do mianowania preparatów witaminy E, proponując zastąpienie metody dotychczasowej, która przy mianowaniu witaminy E wymaga kilku pokoleń zwierząt, wielkich ich ilości i pochłania wiele czasu.

Fakt przemiany śluzówki macicy pod wpływem androsteronu i witaminy E świadczy również za tym, że hormon męski jest w ustroju żeńskim użytkowany dla morfogenezy tkanek, a nie jest tylko produktem wydalinowym przemiany hormonalnej (cholesterynowej). Można przyjąć również, że androsteron jest przez witaminę E aktywowany, gdyż podawany w małych ilościach, bez witaminy E nie daje pełnego przekształcenia śluzówki nad fazę przedciążową.

Nie znamy dotychczas mechanizmu działania witaminy E, mechanizmu morfogenetycznych przemian spowodowanych bądź brakiem, bądź też przy podawaniu witaminy E zwierzętom normalnym. Na ogół oznaki awitaminozy są podobne do braku hormonu corpus luteum, przy czym przy awitaminozie E stwierdzono zaburzenia w czynnościach corpus luteum.

Trudno również tymczasem rozstrzygnąć zagadnienie, czy witamina E jest prohormonem hormonu corpus luteum, czy też samodzielnym i koniecznym czynnikiem morfogenetycznym zarówno dla macicy jak i corpus luteum, czy wreszcie aktywatorem hormonu męskiego znajdującego się również w ustroju żeńskim.

Ostatnio informuje Weysser o stosowaniu witaminy D_2 w 96 przypadkach ronień. W 55% przypadków otrzymuje rezultaty pozytywne.

Poulsson zresztą już dawniej zauważył, że tran wątrobowy wywiera korzystny wpływ na rozwój płodu. Później Sänger, Walhter i Werner przedstawiają korzystne działanie witaminy D_2 przy skłonnościach do nawykowego ronienia.

Streszczając pokrótce nasze rozpatrywania możemy o hormonach płciowych powiedzieć, że w odniesieniu do pewnych funkcji morfologicznych i metaplastycznych w ustroju, działanie ich nie jest swoiste.

Hormon żeński folikulina (oestron) i hormon corpus luteum odgrywają dużą rolę w przygotowaniu i utrzymaniu ciąży. Tę samą funkcję w ustroju żeńskim spełniać mogą jednak hormony heterologiczne płci przeciwnej, więc hormony męskie. Wreszcie witaminy D, A, B i C. D. Należy sobie za tym uzmysłowić, że pewne zaburzenia w normalnych czynnościach i morfogenezie narządów rodnych kobiety (hipoplazja, jałowość, zaburzenia w miesiączkowaniu, dalej przygotowanie i utrzymanie ciąży) nie zawsze są zaburzeniami na tle braku hormonów, lub ich niewłaściwych stosunków ilościowych, ale są również wyrazem awitaminozy.

W ten sposób przez zapobiegawcze (profilaktyczne) podawanie ciał cholesterolowych hormonalnych i witaminowych ustrojowi normalnemu moglibyśmy go utrzymać w pełni prawidłowych czynności i uchronić przed niespodziankami patologicznymi.

Najpiękniejszy eksperyment świata.

Doc. Dr. IGNACY ZŁOTOWSKI (Paryż).

Działo się to w pierwszych latach bieżącego stulecia. W słynnym już wówczas na cały świat Cavendish Laboratory w Cambridge pracował pod kierunkiem wielkiego fizyka angielskiego Thomsona młody uczony nazwiskiem Wilson. Ośrodkiem zainteresowań Wilsona było pozornie tak proste i dające się zaobserwować prawie na każdym kroku zjawisko skraplania się pary cieczy na skutek silnego oziębienia czy też raptownego rozprężenia nasyconej parą tą fazy gazowej.

Gdy wydobywające się z wrzącej wody opary stykają się z chłodniejszą od nich powierzchnią metalowej pokrywki naczynia, na powierzchni tej zachodzi natychmiast proces kondensacji — para się skrapla, tworząc pojedyńcze, ciężkie krople przeźroczystej cieczy. Zawarta zawsze w powietrzu para wodna „osiada“ w postaci rosy na ściankach szklanki, napełnionej zimną wodą czy też na szybie, oziębianej strumieniem wiejącego na dworze chłodnego powietrza. A wreszcie ten sam proces jest wszak źródłem tak dobrze nam znanego zjawiska atmosferycznego — deszczu.

Nie tylko jednak obniżenie temperatury może być przyczyną skraplania się pary. Któż z nas nie widział gęstych, mleczno-białych kłębów zmieszanej z kropelkami cieczy pary wodnej, wypluwanych przez sapiącą maszynę parową? Tu już nie oziębienie decyduje o skropleniu pary, lecz fakt gwałtownego jej rozprężenia od wysokiego ciśnienia, panującego w kotle do ciśnienia atmosferycznego w otaczającym powietrzu. Zjawisko skraplania się par, poddawanych raptownemu rozprężaniu, wyzyskiwane jest w technice już od dosyć dawna. Zainteresowania młodego Wilsona skierowane były jednak nie w stronę zagadnień technicznych. Zajął się on głównie zbadaniem znanego już zresztą również faktu, iż w atmosferze całkowicie pozbawionej wszelkiego rodzaju pyłków czy ziarenek kurzu, proces skraplania zachodzi niezwykle opornie.

Kilkakrotnie obserwacje systematyczne wykazały, że zjawisko to nie jest dziełem przypadku, lecz stanowi jeden z przykładów rządzącej w przyrodzie ogólnej reguły stanów przesycenia. Raptowne oziębienie czy rozprężenie fazy gazowej na ogół nie wywołuje natychmiastowej kondensacji, nawet jeżeli osiągnęliśmy stan nasycenia. Przyciągane równomiernie ze wszystkich stron pojedyńcze cząsteczki pary, zachowują się przez pewien krótki okres czasu jak arcy-rozumne zwierzę Arystotelesa. Nie mogąc się zdecydować na wybór tego lub innego miejsca dla sformowania pierwszej kropli cieczy, przechodzą w stan chwilowego przesycenia, nie wytwarzając wcale fazy ciekłej. I tylko dzięki obecności w każdym ośrodku gazowym pewnej ilości specyficznych cząsteczek, zapoczątkowujących proces kondensacji, nietrwała równowaga stanu przesycenia zostaje szybko zachwiana, czemu też towarzyszy raptowny proces skraplania.

Już w pierwszej swej pracy, ogłoszonej w ostatnich latach ubiegłego stulecia, C. T. R. Wilson wyraził pogląd, iż dopiero co odkryte wówczas wolne ładunki elektryczności ujemnej — elektrony, odgrywać muszą jakąś szczególną rolę w procesie tworzenia się obłoków i chmur w atmosferze. Dopiero jednak niespełna 15 lat później zdołał wykazać — i to jest największą zasługą genialnego eksperymentatora — że istotnie w każdym procesie skraplania rolę wspomnianych ośrodków kon-

densacji spełniają nie wszystkie, zawieszone w gazie drobne pyłki i ziarenka, lecz głównie cząstki, niosące na sobie ładunek elektryczny, zwane jonami.

Istnieje szereg sposobów jonizowania gazów. Promieniowanie ciał promieniotwórczych, promienie Rentgena, a nawet promienie ultrafioletowe zwykłego światła słonecznego okazują zdolności jonizacyjne. Cząstka alfa preparatu radowego, snop promieni X czy ultrafioletu, przebiegając przez gaz, wybijają często jeden lub nawet kilka elektronów z powłok zewnętrznych napotkanych po drodze atomów. Atomy te zostają w ten sposób podzielone na dwie części — ujemnie naładowane elektrony oraz dodatnio naładowaną resztą atomową, stanowiącą wolny jon dodatni. Elektrony jednak przyłączają się zaraz do niezjonizowanych, elektrycznie obojętnych atomów i cząsteczek, zamieniając je z kolei na jony ujemne. Wzdłuż drogi czynnika jonizującego tworzą się więc miliardy par jonów naładowanych naprzemian dodatnio i ujemnie.

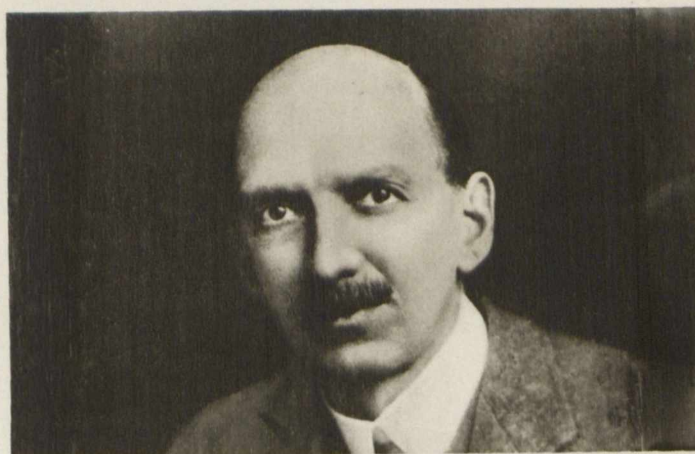
I oto sensacyjny wynik pierwszych doświadczeń C. T. R. Wilsona streszczał się w jednym, krótkim zdaniu. „Para skrapla się szczególnie łatwo na jonach". A ten napozór niewiele mówiący wniosek doprowadził niebawem do zrealizowania najoryginalniejszego i najcudowniejszego przykładu w historii nauki — komory wilsonowskiej.

Ani same elementy jonizujące, ani powstające pod ich działaniem jony nie są dostrzegalne bezpośrednio, nawet jeżeli oko obserwatora uzbroimy w najsilniejsze szkła powiększające. Jeżeli jednak w momencie jonizacji zdołamy wywołać dokładnie równoczesne, raptowne rozprężenie ośrodka, zawarta w nim para skraplać się będzie wyłącznie w sąsiedztwie jonów, pozostawiając resztę otoczenia praktycznie wolną od zjawiska kondensacji. Niezliczone ilości kropelek rosy ułożą się po linii formowania się par jonów, znacząc w ten sposób dostrzegalny już teraz nawet gołym okiem tor przebiegającej przez gaz cząstki czy promienia jonizującego.

W roku 1911 C. T. R. Wilson skonstruował pierwszą prymitywną komorę ekspansyjną (Fig. 2), która pozwoliła mu odrazu sfotografować tory elektronów, wyzwalanych w powietrzu przez snop niezbyt twardych promieni Rentgena. Gdy dziś spoglądamy na otrzymane przez Wilsona pierwsze fotografie wykrytego przezeń zjawiska (Fig. 3 i 4), trudno aż uwierzyć, że te kilkanaście jasnych punkcików i kreseczek na ciemnym tle kliszy fotograficznej było punktem wyjścia całej współczesnej techniki wilsonowskiej, pozwalającej nam dziś wykrywać najdrobniejsze szczegóły przemian wewnątrzatomowych.

W zasadzie schemat każdej instalacji wilsonowskiej przypomina całkowicie pierwszą komorę Wilsona, którą zresztą uczony ten posługiwał się stale aż do roku 1927. Właściwa komora (A) (por. rys. 5) zamknięta jest u dołu ruchomym tłokiem (B), poruszającym się w cylindrze (C). W dużym zbiorniku (F) wytwarzamy ciśnienie znacznie niższe od tego, które panuje w komorze (A). Gdy w odpowiednio dobranej chwili otwieramy szybko wentyl (H), powietrze z cylindra (C) rozpręża się do zbiornika (F), wskutek czego opada tłok (B), wywołując z kolei silną ekspansję w komorze (A). Jeżeli przez komorę przebiega wówczas jakaś cząstka jonizująca, ujrzymy z łatwością jej drogę w postaci szlaku kropelek skondensowanej pary.

Wytworzone w tych warunkach kropelki rosy trwają tylko przez drobny ułamek sekundy, wyparowując natychmiast po ekspansji do otaczającego powietrza.



C. T. R. Wilson

To też obserwowane tory zwykle już po upływie około $^1/_{20}$ sekundy stają się rozmyte i niewyraźne. Pragnąc mimo to utrwalić je na kliszy fotograficznej, należy z niezwykłą dokładnością dobrać zarówno moment wywołania ekspansji jak i czas wykonywania zdjęcia. Jeżeli dodamy, że w praktyce istnieje jeszcze cały szereg warunków, których spełnienie jest nieodzowne dla otrzymania udanych zdjęć wilsonowskich, to zrozumiemy dlaczego trzeba było przeszło 10 lat nieustannej pracy nad udoskonaleniem techniki wilsonowskiej w celu uczynienia zeń precyzyjnej metody badawczej.

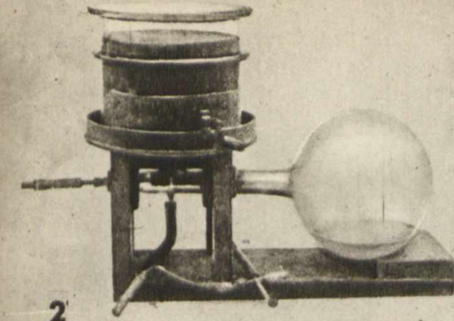
W roku 1923 Wilson zdołał już nie tylko pięknie sfotografować ciągłe tory elektronowe, lecz również utrwalił na kliszach stereoskopowych kolejne stadia formowania się tych torów, a nawet moment ich rozczłonkowania, pod działaniem zewnętrznego pola elektrycznego, na kropelki utworzone oddzielnie na jonach dodatnich i ujemnych (Fig. 6). W tymże samym roku Blackett, rozwijając pomysł uczonego japońskiego Shimizu, skonstruował pierwszy automatyczny aparat wilsonowski, pozwalający na wykonywanie około 300 ekspansji w ciągu godziny. I od tej chwili prawie rok każdy przynosił coraz pomysłowsze ulepszenia, które przekształciły wreszcie prymitywny aparat Wilsona w idealny instrument pomiarowy. Instrument, któremu zawdzięczamy bezsprzecznie najpiękniejsze rezultaty, osiągnięte przez naukę w dziedzinie zjawisk wewnątrzatomowych. Jądra atomowe o średnicy nie przekraczającej

$$\frac{1}{1.000.000.000.000} \text{ cm}$$

stały się dzięki komorze Wilsona również dostępne badaniom naukowym, jak zwykle obiekty makroświata.

Na fotografii 8 widzimy utrwalone metodą Wilsona tory cząstek alfa, wysyłanych przez preparat promieniotwórczy. Cząstki te, stanowiące jądra pojedyńczych atomów helu, przebiegając przez ośrodek materialny, tracą powoli całą nabytą energię kinetyczną, zużywając ją w pierwszym rzędzie na jonizację napotkanych po drodze atomów i cząsteczek ośrodka. Im energia cząstki alfa jest większa, tym więcej wymaga zderzeń dla całkowitego jej wyczerpania — tym dłuższy jest zasięg cząstki.

Może się też zdarzyć, że cząstka taka zbliży się tak bardzo do jądra któregoś z napotkanych atomów, że następująca w tych warunkach wymiana energii nosi charakter zderzenia cząstki alfa z jądrem atomowym danego pierwiastka chemicznego. Fotografia 9 ilustruje przebieg takiego zderzenia w przypadku bombardowania promieniami alfa gazowego wodoru. Dające się zauważyć charakterystyczne rozwidlenie torów, uwarunkowane jest rozejściem się po zderzeniu obu jąder



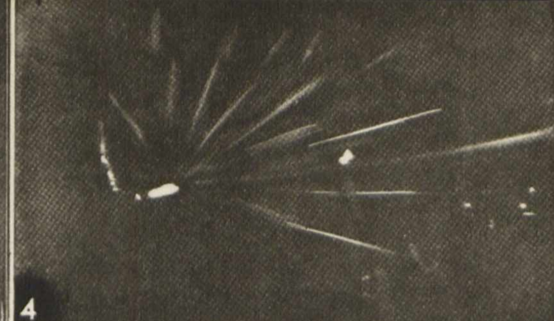
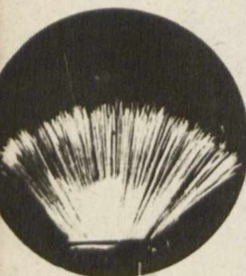
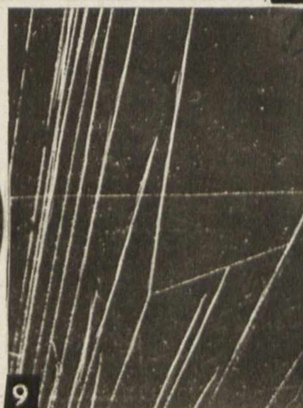
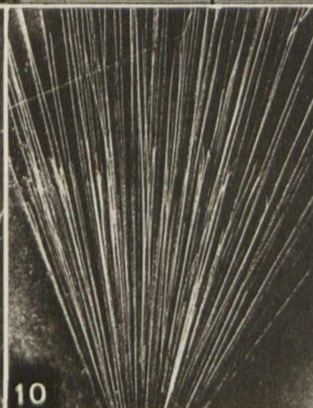
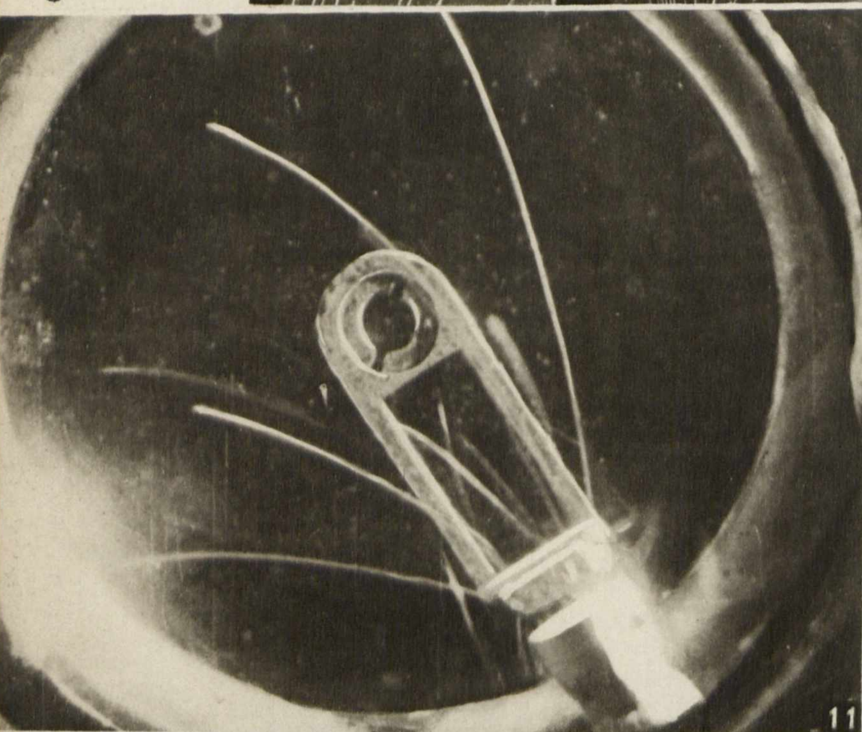
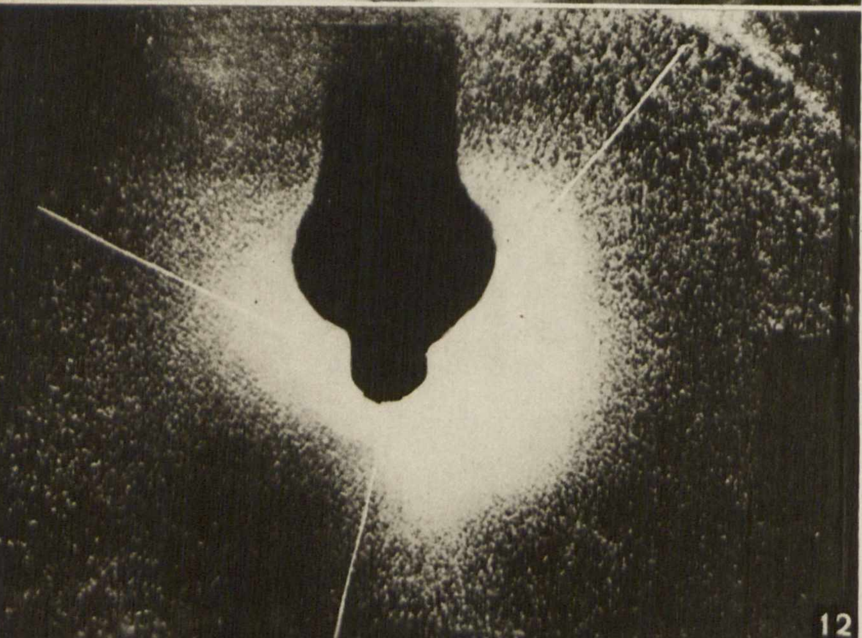







Fig. 2. Pierwsza prymitywna komora ekspansyjna (Wilson 1911). Fig. 3 i 4. Pierwsze fotografie wilsonowskie (1912). Ślady elektronów, wyzwalanych przez promienie X (fot. 3), oraz tory cząstek alfa, wysyłanych przez preparat promieniotwórczy (fot. 4). Fig. 8, 9 i 10. Tory cząstek alfa, wysyłanych przez preparat torowy (Meitner i Frei ag. 1926). Zderzenie cząstki alfa z jądrem atomowym wodoru (Blackett). Transmutacja pierwiastka chemicznego. Jedna z cząstek alfa, którymi bombardowano azot, wybiła z jądra atomu azotu wolny proton. (Długi ślad w poprzek rysunku) przekształcając je w jądro tlenu (Blackett i Lees). Fig. 11. Tory wolnych protonów, zakrzywione w silnym polu magnetycznym (Joliot i Złotowski). Fig. 12. Dezintegracja boru pod działaniem szybkich protonów (Dee i Gilbert).

w różne strony. Dłuższy ślad odpowiada jądru wodoru, krótszy zaś cząstce alfa.

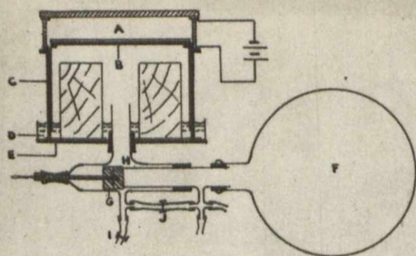
Wreszcie w przypadku dostatecznie energicznych cząstek alfa, zderzenie z jądrem atomowym innego pierwiastka wywołać może utworzenie krótkotrwałego jądra zespolonego, które natychmiast się rozpada na dwie lub więcej części. Przykładem takiej reakcji jądrowej jest fotografia 10, wyobrażająca proces zderzenia cząstki alfa z jądrem azotu, zderzenia, którego wynikiem jest utworzenie dwu innych jąder atomowych: tlenu i wodoru.

Komora wilsonowska jest tym jedynym przyrządem, który pozwala w sposób tak bezpośredni obserwować przebieg transmutacji pierwiastków chemicznych. I nie tylko sam przebieg. Umieszczając komorę wilsonowską w dostatecznie silnym polu magnetycznym, można na podstawie pomiaru zakrzywienia obserwowanych torów określić dokładnie masę oraz ładunek elektryczny, a więc i naturę chemiczną odpowiadających im jąder atomowych. Na fot. 11 widzimy tor cząsteczki, wyrzuconej przez cienką warstewkę boru, bombardowaną promieniami alfa preparatu polonowego. Pomiar krzywizny tego toru wykazał, że mamy tu do czynienia z jądrem atomowym wodoru — protonem. Pod działaniem cząstki alfa jądro atomu boru uległo przemianie na jądro atomu węgla, emitując równocześnie wolny proton.

Fotografia 12 przedstawia proces dezintegracji tego samego pierwiastka boru pod wpływem silnie przyśpieszonych w polu elektrycznym protonów. W tym przypadku jądro boru zostało całkowicie rozbite, a produktami rozpadu są trzy cząstki alfa, rozchodzące się symetrycznie w trzech kierunkach od miejsca eksplozji. A wreszcie fotografia 13 ilustruje piękny przykład rozbicia jądra atomowego (azotu) za pomocą elektrycznie obojętnych i wskutek tego w komorze niewidocznych pocisków jądrowych — neutronów.

Cząstki alfa, protony i neutrony są olbrzymami świata atomowego w porównaniu z wolnymi elektronami. Lecz i te najsubtelniejsze elementy budowy materii możemy obserwować w komorze wilsonowskiej. Ponieważ jonizują one materię znacznie słabiej niż cząstki alfa czy protony, tory ich nie stanowią grubych linii ciągłych lecz delikatnie zarysowane ślady niewielkiej liczby jonów. Ślady te ułożone są zwykle wzdłuż szlaków silnie zazębionych, każde bowiem zderzenie z „potężnym" atomem lub cząsteczką jest dla elektronu, o masie wiele tysięcy razy mniejszej od masy najlżejszych jąder atomowych, prawdziwym kataklizmem, który się wyraża w raptownej zmianie kierunku ruchu w przestrzeni (Fig. 14).

Badania torów elektronowych stanowią jedną z najpiękniejszych kart historii zastosowań komory Wilsona. Do roku 1932 nauka znała tylko elektrony ujemne — negatrony. Dopiero młody uczony amerykański Anderson, badając w komorze wilsonowskiej tory cząstek jonizujących, wytwarzanych przez przenikające całą otaczającą nas atmosferę promieniowanie kosmiczne, otrzymał po raz pierwszy dnia 2 sierpnia 1932 roku epokową fotografię, zdradzającą istnienie w przyrodzie obok ujemnych ładunków elementarnych, również ładunków dodatnich, nazwanych dla odróżnienia od negatronów —



pozytronami (Fig. 15). Odkrycie Andersona podważyło cały istniejący przed sześciu laty gmach nauki o budowie materii. Stwierdzono, że pozytrony powstają zawsze podczas bombardowania ośrodków materialnych wysyłanych przez ciała promieniotwórcze promieniami gamma.

Po 20 latach wytężonej pracy nad udoskonaleniem techniki eksperymentalnej, na otrzymanych w tych samych warunkach fotografiach zdołano utrwalić tory pozytronów, powstających miliony razy rzadziej, niż wolne ładunki ujemne.

Minęły niespełna dwa lata i znów komora wilsonowska zdradziła nauce jedną z tajemnic przyrody — zjawisko promieniotwórczości wzbudzonej. Piękne fotografie wilsonowskie państwa Joliot dowiodły niezbicie, że w licznych przypadkach produkty transmutacji pierwiastków chemicznych okazują własności promieniotwórcze, emitując elektrony dodatnie lub ujemne, nie różniące się niczem od dobrze nam znanego promieniowania beta ciał promieniotwórczych.

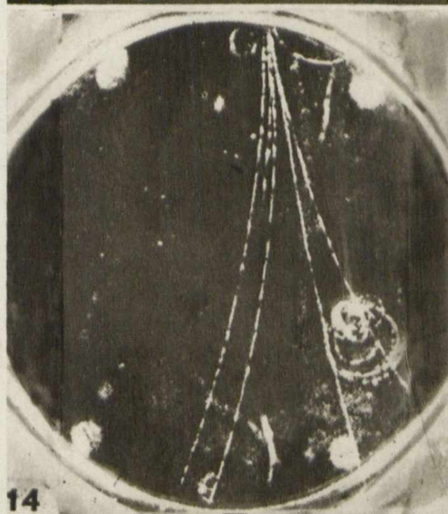
Zastosowanie komory wilsonowskiej do badania promieni kosmicznych doprowadziło nie tylko do odkrycia pozytronów. Prawie wszystko, co dziś wiemy o naturze tego tajemniczego promieniowania, docierającego do nas z przestrzeni międzyplanetarnych, zawdzięczamy temu niezwykłemu przyrządowi. Między innymi udało się w ten sposób wykryć wspaniałe zjawisko tworzenia się strumieni elektronów, świadczące o tym jak potężny zasób energii niosą ku ziemi promienie kosmiczne: energii, która w szczególnych warunkach ulega przemianie na materię (Fg. 16). Być może, że wszystkie krążące we wszechświecie elektrony są pochodzenia kosmicznego. Być może komora wilsonowska wydarła tym razem przyrodzie jedną z najzażarciej ukrywanych przez nią tajemnic — tajemnicę powstawania materii.

Nierzadko jednak energia promieniowania kosmicznego burzy miast budować. Liczne zdjęcia wilsonowskie są dowodem rozpadu pod działaniem promieni kosmicznych istniejących na powierzchni skorupy ziemskiej złożonych jąder atomowych na elementy najprostsze — protony czy elektrony. Skądinąd wiadomo, że współdziałanie negatronu z pozytronem prowadzi do ich wzajemnego zniszczenia i wytworzenia kwantów energii promienistej. Genialna metoda doświadczalna Wilsona pozwoliła więc zbliżyć się nauce i do kresu materii. Wskazała nie tylko jak mogą powstawać, lecz i jak mogą ginąć światy.

„We wrześniu roku 1894 — pisze C. T. R. Wilson — spędziłem kilka tygodni w obserwatorium astronomicznym, istniejącym wówczas na otoczonym wieczną mgłą szczycie najwyższego wzgórza szkockiego Ben Nevis. Codziennie rano patrzałem na wschodzące ponad morzem obłoków słońce oraz na rzucany na chmury malowniczy cień pagórków, obrzeżony u dołu wielobarwnymi pierścieniami. Piękno tego, co widziałem, kazało mi pokochać obłoki i długo wysilałem umysł, by opracować doświadczenie, któreby pozwoliło czegoś się o nich nauczyć, rekonstruując oglądane cuda przyrody w laboratorium".

Tak zrodził się pomysł najpiękniejszego eksperymentu świata.













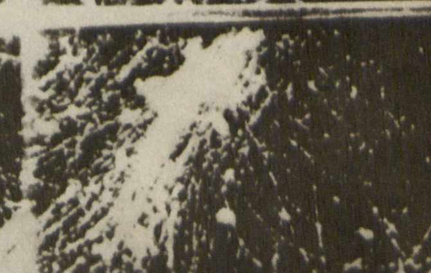


Fig. 5. Schemat komory ekspansyjnej. Fig. 6. Tory elektronów, rozczłonkowane na dwie części, odpowiadające jonom dodatnim i ujemnym (Wilson 1923). Fig. 13. Niewidzialny na zdjęciu neutron rozbił jądro azotu. Produktami reakcji jądrowej są: cząstka alfa (cienki ślad) oraz jądro innego pierwiastka — boru (gruby ślad) (Curie-Joliot). Fig. 14. Tory elektronów wyzwolonych przez promienie Rentgena (Wilson 1923). Fig. 15. Tory negatronów i pozytonów w polu magnetycznym (jedne odchylają się w prawo, drugie zaś w lewo (Anderson i Neddermeyer). Fig. 16. Pęk elektronów wytworzonych przez promienie kosmiczne (fotografia stereoskopowa) (Anderson).



O chemoterapeutycznym działaniu związków sulfamidowych.

Dr. MIECZYSŁAW SZEYNMAN (Warszawa).

Na czoło zagadnień lecznictwa wysuwa się dążność do wykrycia jak największej liczby t. zw. leków specyficznych czyli takich, których działanie skierowane jest ściśle przeciw określonemu czynnikowi patogenetycznemu. W całokształcie rozwoju nauk lekarskich wyodrębnić można dwie wytyczne: z jednej strony wiedza usiłuje sprecyzować możliwie ściśle przyczyny powstawania chorób, z drugiej szuka środków, któreby jak najskuteczniej zwalczały inwazję chorobotwórczą w ustroju. Dotychczasowy dorobek medycyny na tym dwutorowym polu wykazuje wyraźną rozpiętość między imponującym, rzec można, rozkwitem metod badawczych, pozwalających na ustalenie etiologii i patogenezy cierpienia a więcej niż skromnym zasobem wzmiankowanych leków specyficznych, jakimi rozporządza terapeuta. Cóż z tego, że potrafimy nader subtelnie różnicować skomplikowane zespoły chorób wewnętrznych, że niejednokrotnie znamy sprawcę schorzenia z nazwy i wyglądu, gdy w końcowym efekcie leczniczym skazani jesteśmy na stosowanie zbanalizowanych kombinacyj lekowych, omijających w swym działaniu istotną przyczynę choroby, względnie działających na nią pośrednio, ubocznie, chwiejnie. Nie będzie przesadą, jeśli powiemy, że przyszłość medycyny to uniwersalna, wielostronna terapia specyficzna. Na razie stawiamy na tej drodze pierwsze kroki, nic też dziwnego, że każdy nowy sukces w tym kierunku wywołuje w świecie lekarskim entuzjastyczny odzew, że każdy nowy lek specyficzny staje się „modny", stosowany bezkrytycznie we wszystkich niemal schorzeniach, co prowadzi z kolei do typowego obniżenia fali entuzjazmu i większej skrupulatności w stawianiu wskazań do stosowania danego środka.

Ogólnie rzecz biorąc, należy powiedzieć, że dotychczas znane i uznane środki specyficzne odnoszą się do grupy leków syntetycznych, uzyskanych na drodze chemicznej i wpływających na tej drodze na czynniki chorobotwórcze. Klasycznym lekiem chemoterapeutycznym skierowanym przeciw krętkom bladym, jest arsenobenzol Ehrlicha. Sukcesy chemoterapii sprowadzały się dotychczas przede wszystkim do leczenia chorób, spowodowanych przez pierwotniaki, stanowiące organizmy wyższe w stosunku do mikrobów. Dotyczy to, poza kiłą, w pierwszym rzędzie szeregu chorób tropikalnych z malarią i śpiączką na czele, w których leczeniu wybitną swą wartość wykazały związki organiczne As, Bi, Hg i Sb (Bądzyński). Jednym z najgroźniejszych zakażeń ludzkiego ustroju jest niewątpliwie infekcja paciorkowcowa—róża, płonica, grypa, anginy, posocznica, zapalenie stawów, zapalenie ucha środkowego, zapalenie miedniczek nerkowych, powikłania dermatologiczne, ginekologiczne, w przebiegu chorób chirurgicznych — oto rozległy teren, w którym jad paciorkowcowy decyduje o życiu chorego. Doniedawna zdani byliśmy właściwie w walce z tym wrogiem na ślepą grę sił natury, nie posiadaliśmy owej potężnej broni, jaką stanowi lek swoisty.

Ostatnie lata przyniosły w leczeniu schorzeń paciorkowcowych znamienny i płodny w skutki zwrot. Dzięki zespolonym wysiłkom zastępu badaczy udało się w tej groźnej i nie poddającej się dotychczas interwencji dziedzinie patologii wkroczyć na tory terapii specyficznej. Fakt ten stanowi w medycynie moment o doniosłości wręcz przełomowej.

Pierwsza synteza związku paraaminobenzenosulfamidowego dokonana została jeszcze w roku 1938 przez Gelmo.

W roku 1913 polski badacz Filip Eisenberg również pracował w tym kierunku. W roku 1919 chemicy amerykańscy Jacobs i Heidelberger syntetyzują związek azosulfamidu z hydrokupreiną. Dopiero jednak badania z lat ostatnich Domagk'a, Schreusa, Gmelina, Nittiego, Levaditiego i innych dowiodły na dużym materiale doświadczalnym swoistości działania związków sulfamidowych na rozmaite szczepy paciorkowców.

U zwierząt, którym przed zakażeniem podawano połączenia sulfamidowe, tkanki nie reagowały na infekcję, niszczyły ją w zarodku i zapobiegały przenikaniu jadu wgłąb organizmu. U zwierząt kontrolnych szybko dochodziło do zejścia śmiertelnego na skutek posocznicy. Potwierdzenie tych samych wyników w ustroju ludzkim nadało poraz pierwszy lekom, zawierającym sulfamid, doniosły charakter swoistego środka przeciwstreptokokowego.

Spośród szeregu połączeń sulfamidowych badacze pierwotnie zatrzymali się na sulfamidochryzoidynie, zsyntetyzowanej przez Nitscha i Klarera, uważając ją za stosunkowo najmniej toksyczną i najbardziej aktywną w organizmie ludzkim. Preparat ten o mocnej barwie czerwonej nazwano Prontosilem.

Wobec małej rozpuszczalności prontosilu w dalszych badaniach zastąpiono jeden pierścień benzolowy pierścieniem naftalenowym i uzyskano nowy związek o rozpuszczalności dziesięciokrotnie większej: t. zw. Prontosil solubile.

Ujemną własnością prontosilu była, jak zauważono, intensywna czerwona barwa leku, powodująca u chorych, którym podawano ten związek, zabarwienie moczu i skóry. Gley i Girard w roku 1936 wprowadzili we Francji t. zw. Rubiazol (karboksysulfamidochryzoidynę), którego odpowiednikiem jest preparat „Azotag c". Dodatnią cechą tych związków w porównaniu z prontosilem jest znacznie mniejsza ich barwliwość. Rubiazol, jak wszyscy pamiętamy, zdobył przed kilku laty we Francji olbrzymią popularność jako swoisty lek przeciwko róży.

Autorzy w różny sposób usiłowali wyjaśnić mechanizm działania „azo-sulfamidów". Nie wchodząc w szczegóły tych rozważań o charakterze biochemicznym, zaznaczmy tylko, że istnieją, w tym względzie dwie teorie. Zwolennicy jednej uważają, że azosulfamidy przyczyniają się jedynie do wzmożenia sił odpornościowych ustroju, zakażonego paciorkowcem, wyznawcy zaś teorii drugiej dowodzą, że związki azowe redukują się w organizmie do połączeń, oddziaływujących bezpośrednio na zarazki. Najprawdopodobniej „jądrem czynnym" wszystkich złożonych związków tego typu, bezbarwnych i barwnych, jest paraaminobenzenosulfamid (Fourneau).

W miarę wzrostu zaintersowania w świecie lekarskim związkami sulfamidowymi, jako specificum antisteptococcicum, badacze uzyskiwali połączenia coraz doskonalsze w sensie klinicznym. Goissedet, Despois, Gaillot i Mayer zsyntetyzowali ostatecznie benzylo-amino-benzeno-sulfamid. Związek ten nie posiada smaku ani zapachu, przedstawia się w postaci białego proszku, nie drażni śluzówki przewodu pokarmowego, a w dawkach leczniczych jest zupełnie nietoksyczny umożliwia-

jąc stosowanie bardzo dużych ilości substancji czvnnei bez jakichkolwiek objawów ubocznych.

Swoiste działanie bakteriobójcze tego związku w odniesieniu do ziarenkowców, szczególnie paciorkowców, zaznacza się nader wybitnie. Spotykamy dziś na rynku farmaceutycznym szereg preparatów tego typu, które podzielić można na dwie grupy: preparaty barwne oraz specyfiki bezbarwne.

Z pośród wymienionych grup bezbarwnych preparatów na uwagę zasługuje septazina, jak wykazały bowiem liczne doświadczenia pracowniane i kliniczne, jest to związek najmniej toksyczny (dość znaczną toksycznością odznaczają się w przeciwstawieniu preparaty barwne) oraz wybitnie bakteriobójcze. Również Sejtazin solubile wykazuje aktywność znacznie większą, niż połączenia barwne, dzięki zaś rozpuszczalności swej umożliwia wprowadzenie do ustroju skoncentrowanych ilości leku drogą dożylną, lub domięśniową do 80 cm. dziennie. Z powyższych względów dalsze wywody kliniczne, poświęcone działaniu sulfamidów w różnych odmianach infekcji streptokokowej, odniesiemy do septaziny jako do leku z tej grupy stosunkowo najdoskonalszego.

Literatura dotycząca działaniu związków sulfamidowych jest nader rozległa, niesposób więc omówić wszystkie doniesiena, jakie mnożą się na ten temat z dnia na dzień w prasie fachowej. Zanim przystąpimy do cytowania poszczególnych prac polskich, poświęconych działaniu klinicznemu sulfamidów, podkreślmy, że na ogół wszyscy autorzy dochodzą do zgodnych wniosków, podnosząc wartość tych związków, jako środka bakteriobójczego w ostrych stanach zakaźnych streptokokowych, jak też w schorzeniach przewlekłych, spowodowanych przez ziarenkowe lub drobnoustroje innego gatunku (pałeczka okrężnicy, pałeczka duru brzusznego). Jeżeli mowa o Septazinie, brak toksyczności, oraz objawów ubocznych, zezwala na stosowanie leku u chorych wyczerpanych, ze zmianami układu sercowo-wątrobowego i sercowo-nerkowego.

Kucharski wypróbował septazinę w szeregu schorzeń infekcyjnych. Na 18 przypadków róży zestawienie wykazuje 18 wyleczeń. Czas trwania choroby ulegał wybitnemu skróceniu do trzech a nawet dwuch dni. W trzech przypadkach płonicy okres gorączkowy skończył się po 4 dniach, okres zdrowienia przebiegał bez powikłań. Dodatni wpływ septaziny zaznaczył się przy podawaniu jej w angina tonsillaris, sepsis, endocarditis lenta, otitis media acuta et chronica, pansinusitis nasalis acuta, furuncolosis (4 przypadki czyraczności, opornej na dotychczas stosowane środki, wyleczonej w ciągu 5—7 dni), bronchopneumonia grypposa, pyelitis gravidarum et adultorum (wyleczenie w ciągu kilku dni) itd. W konkluzji autor uznaje septazinę, jako środek szczególnie skuteczny w sprawach, wywołanych lub powikłanych zakażeniem paciorkowcowym. Celem uzyskania jak najszybszego efektu terapeutycznego autor zaleca poniższe dawkowanie preparatu: do ustąpienia objawów chorobowych podawać należy po 6 tabletek septaziny dziennie (3 razy po 2 tabletki) przy czym chory popija lek herbatą, z sokiem cytrynowym. Dodatek soku cytrynowego ułatwia rozpuszczanie septaziny, szczegół ten ważny jest w przypadkach podkwaśności lub braku kwasu solnego w soku żołądkowym pacjenta. W razie cięższych objawów podnieść można liczbę tabletek do 10 dziennie. W okresie rekonwalescencji podaje się septazin po 2 — 4 pastylki dziennie w ciągu 4 — 14 dni, zależnie od nasilenia ostrych objawów choroby. To przedłużone podawanie leku chroni przed nawrotami cierpienia względnie przed komplikacjami. Efekt leczniczy septaziny zależy od rozpoczęcia kuracji we wczesnym stadium choroby i od stosowania dostatecznie wysokich dawek. Leczenie podjęte zbyt późno, może nie dać wyników. Autor stoi na stanowisku, że istota działania septaziny polega na osłabieniu żywotności bakterii, a tym samym na wzmożeniu sił obronnych organizmu.

Nasiłowski opisał dwa przypadki zapalenia opon mózgowych u niemowląt wywołanych przez dwoinkę tuczną (diplococcus crassus) leczonych skutecznie septaziną. Autor wprowadzał 5% roztwór leku dolędźwiowo, podając jednocześnie tabletki doustnie.

Wajngot i Grynsztejn zastosowali septazinę w stanach gorączkowych niejasnego pochodzenia w późniejszych okresach płonicy. Autorzy, wychodząc z założenia, że wymienione stany stanowią wyraz „uderzeniapoussée" paciorkowca na uodporniony ustrój względnie zwiększenia jadowitości szczepu, ordynowali septazinę, jako preparat specyficzny. Lek podawano w postaci wstrzykiwań septazin solubile ½ — 1 — 2 ampułki domięśniowo. Z pośród 26 obserwowanych przypadków w znacznej większości już jedno- dwukrotne wstrzyknięcie septaziny prowadziło do trwałego spadku gorączki. Autorzy ex juvantibus dopatrują się w podłożu stanów gorączkowych późniejszych okresów płonicy, czynnika streptokokowego.

Sztolcman — Łapińska omawia w swej pracy wpływ Septaziny w chorobach skórnych u dzieci. Chodzi tu o sprawy takie, jak abscessus multiplex, pyodemia, jęczmień, eczerma seborrhoicum, lichen simplex, epidermodermitis itp. Skutki podawania septaziny nie dawały na siebie długo czekać. Olbrzymi odsetek wyleczeń zupełnych, całkowity niemal brak nawrotów przekonały autorkę o wartości tego leku. Podnosi ona doskonałą tolerancję, jaką wykazywały wobec septaziny dzieci starsze i młodsze.

Autorka podkreśla, że w przypadkach cięższych wskazane jest kombinowanie doustnego podawania septaziny z wprowadzeniem jej parenteralnym w postaci wstrzykiwań. Szczegół ważny w innych rodzajach zakażeń.

Rzecz jasna, że nie w każdym bez wyjątku przypadku zakażenia paciorkowcowego leki sulfamidowe dają gwarancję wyleczenia. Szczególnie w sprawach ciężkich, w których występuje zatrucie jadem paciorkowcowym całego ustroju, chemoterapia sulfamidami zastosowana zbyt późno lub w zbyt małych dawkach, okazuje się mało skuteczna. Cytowany wyżej badacz Kucharski uważa, że w posocznicy omawiane środki często zawodzą.

Jednakowoż nie da się zaprzeczyć, że mimo pewnych zastrzeżeń, w przeważającej ilości przypadków zakażeń paciorkowcem bez sulfamidów nie można byłoby osiągnąć efektu terapeutycznego.

A jednak iperyt!

Dr. D. JASTRZĘBSKI (Warszawa).

Jakkolwiek wspaniałe są słowa i hasła pokojowe, to jednak wszystko przemawia za tym, że w stosunkach ludzkich wojna pozostanie, niestety, zawsze czynnikiem rozstrzygającym.

Rzeczą jasną jest, że państwo wszczynające wojnę, musi dążyć do zwycięstwa i w tym celu nie zawaha się użyć wszelkich środków i sposobów. Ze zwycięzcami się liczą i zwycięzców nie sądzą. Wszystko jest dobrze, wszystkie fałsze, podstępy, okrucieństwa, wszystko co koliduje z najprymitywniejszymi nawet zasadami etycznymi jest dozwolone i nawet nagradzane. Dlatego dziwnym co najmniej byłoby, gdyby nieprzyjaciel zaniechał środków bojowych chemicznych, czyli tak zwanych gazów bojowych — broni potężnej i skutecznej.

Mamy świeżo przykład stosowania gazów bojowych, szczególnie iperytu, w wojnie włosko-abisyńskiej. Mamy świeży przykład skuteczności iperytu w zakończeniu tej wojny, stwierdzony przez delegata Abisynii w Lidze Narodów.

Zapytujemy więc otwarcie i uczciwie: czy zakaz używania gazów bojowych nie będzie miał takiego samego znaczenia, jak zakaz używania prochu w czasie wojny, i w ogóle dlaczego na przykład oparzenie iperytem będzie gorsze i mniej humanitarne od strzskania kości, lub przedziurawienia brzucha.

Liga Narodów nie obroniła Abisynii ani przed wojną ani przed gazami. Jeżeli przedstawiciele państwa kulturalnego mówią o traktatach jako świstkach papieru i jednostronnie zrywają umowy, to na przykład „towarzyszom" już zupełnie obce są pojęcia honoru i etyki.

O ile się bierze pod uwagę pewność stosowania w przyszłych wojnach środków chemicznych („gazów"), to nie można wyłączyć zastosowania iperytu, albowiem iperyt posiada wybitne własności bojowe, dzięki którym otrzymał tytuł króla gazów bojowych i tytuł ten dotychczas utrzymał. Rzeczywiście, jeżeli przypomnimy sobie jego własności, to musimy zaznaczyć, że w razie nawet wynalezienia nowych gazów bojowych iperyt pozostanie w służbie czynnej i w stan spoczynku nie będzie przeniesiony.

Jakie własności posiada iperyt [1]).

— Iperyt jest tani i łatwy do wyprodukowania.

— Iperyt jest trwały; teren, przedmioty, żywność (woda) zroszone iperytem mogą być niebezpieczne w ciągu tygodnia, a nawet w warunkach sprzyjających — w ciągu miesięcy.

— Iperyt jest środkiem wygodnym do stosowania, można go używać rozmaitymi sposobami; można „dostarczać" go przy pomocy pocisków artyleryjskich, można polewać nim i rozpylać go z samolotów, można zrzucać z samolotów w ampułkach szklanych i bombach, również łatwo można przy pomocy samolotów dostarczyć go w głąb kraju. Może być użyty także w mieszankach z innymi środkami bojowymi.

— Iperyt jest to środek podstępny; zakażenie się iperytem nie wywołuje na razie żadnych objawów, iperyt nie piecze i nie „szczypie". Człowiek łatwo może nie zauważyć, że jest zaiperytowany i dlatego nie przedsięweźmie żadnych środków zapobiegawczych.

— Iperyt jest przenikliwy, przesiąka przez ubranie, bieliznę i obuwie zarówno zwykłe, jak i gumowe.

— Iperyt jest bardzo napastliwy, czyli najmniejsze jego ilości wywołują stany chorobowe.

— Iperyt jest trucizną bojową wszechstronną. Dotknięcie skażonego iperytem przedmiotu wywołuje oparzenie, iperyt w postaci płynu lub pary wywołuje owrzodzenie na skórze i uszkodzenie oczu. Oddychanie powietrzem, w którym się znajdują pary iperytu, powoduje uszkodzenie dróg oddechowych. Iperyt dostawszy się do żołądka uszkadza narząd pokarmowy. Iperyt w ogóle działa trująco na wszystkie tkanki i komórki organizmu. Uszkodzenia zaś, wywołane przez iperyt, są długotrwałe i goją się bardzo powoli.

— Iperyt jest napastliwy również i dla wszystkich zwierząt.

— Iperyt jest to środek „blokujący" zakłady lecznicze. Przy łatwości zaiperytowania się i wybitnej powolności gojenia się obrażeń iperytowych zaiperytowani na dłuższy okres czasu mogą zablokować wszystkie szpitale. Raptownych zgonów iperyt nie daje, przebieg stanów chorobowych spowodowanych iperytem jest na ogół bardzo długi i ten czynnik będzie utrzymywał „zakorkowanie" szpitali.

— Iperyt wymaga od obrony wielkich wysiłków organizacyjnych i dużych środków materialnych.

Czy przed iperytem można się bronić? — Tak, i ta obrona będzie tym skuteczniejsza, im bardziej technika stosowania iperytu, jego istota działania i sposoby obrony będą znane szerokim warstwom ludności.

Iperyt w terenie i w pomieszczeniach niszczy się przez zasypywanie wapnem chlorowanym (najlepiej przedtem wapno zmieszać z niewielką ilością wody do otrzymania konsystencji gęstej papki).

Oczy i drogi oddechowe (twarz) chronią maski przeciwgazowe; przed oparzeniem skóry chronią specjalne ubrania i rękawice ochronne; chronią również powierzchnię ciała specjalne maści ochronne.

Po skażeniu się iperytem i po usunięciu się z terenu skażonego należy jak najszybciej zdjąć ubranie, obuwie i bieliznę (zdejmować nie gołymi rękami, a w rękawicach lub posługiwać się szczypcami), włosy, brodę, wąsy ostrzyc (nie golić!) i wymyć ciało ciepłą wodą b i e ż ą c ą (nie wanna!) z mydłem, kilkakrotnie namydlając i spłukując ciało około 10 minut. Mydło lepiej używać szare. Po lekkim osuszeniu włożyć czystą bieliznę.

W razie ograniczonego zaiperytowania skóry, w celu usunięcia iperytu można posługiwać się naftą (ewentualnie benzyną), jednak takie odkażenie należy robić umiejętnie, mianowicie: kawałkiem gazy lub waty, zwilżonym naftą i wyciśniętym, należy wycierać miejsce zaiperytowane, zmieniając co pół minuty mniej więcej kawałki takiej gazy lub waty i takie wycieranie musi trwać około 10 — 20 minut. Na zakończenie trzeba zmyć skórę wodą z mydłem.

Należy pamiętać, że odkażanie będzie tym skuteczniejsze, im wcześniej go rozpoczniemy, bo iperyt szybko się wchłania przez skórę.

Oczy, nos, jamę ustną i gardziel należy przepłukiwać i przemywać $2^1/_2\%$ rozczynem wodnym sody oczyszczonej (łyżeczka mała na szklankę wody lepiej ciepłej). Do picia podajemy taki sam rozczyn sody.

Zdjęte zaiperytowane ubranie, bielizna, obuwie (również włosy i kawałki gazy lub waty użyte do odkażania) nie mogą być porzucone w tym samym pomieszczeniu, w którym przebywamy, bo iperyt z tych materiałów będzie parował i pary iperytowe będą działały na oczy, skórę i drogi oddechowe obecnych. Z materiałem zaiperytowanym należy postąpić w sposób następujący: 1) zakopać do ziemi na głębokość około metra, lub 2) spalić w ogniu, albo 3) złożyć do hermetycznie zamykających się skrzyń metalowych lub drewnianych obitych blachą celem późniejszego odkażenia w odpowiednich aparatach.

Kto umie się bronić, ten może się nie bać napadów gazowych i nawet iperyt nie będzie zbyt groźny. Pamiętajmy, że nawet przy posiadaniu wszystkich środków obrony należy jeszcze przez utrzymywanie należytego pogotowia unikać zaskoczenia, a przez szerzenie ufności w skuteczność środków obronnych przeciwdziałać popłochowi.

Przy dzisiejszym rozwoju lotnictwa napady lotnicze mogą grozić wszystkim ośrodkom fabrycznym i przemysłowym, pracującym dla potrzeb wojska, i wszystkim miastom na całym terenie państwa. Przy napadach tych będzie się nieprzyjaciel posługiwał przede wszystkim bombami burzącymi i zapalającymi, ale użycia przez niego bomb gazowych także nie można wyłączyć. Takie napady na tyłach armii walczącej mogą być bardzo skuteczne i płodne jeszcze i dlatego, że po pierwsze ludność cywilna jest mniej karna i zdyscyplinowana, mniej wyćwiczona i zaopatrzona niż wojsko, a po drugie takie napady odbijają się na psychice wojsk walczących, osłabiając ich waleczność, bo rezerwiści nie mogą mieć „mocnych nerwów", niepokojąc się o losy pozostawionych rodzin i bliskich osób.

W napadach gazowych chodzi o złamanie ducha narodu i stąd wypływa potrzeba przygotowania całego społeczeństwa do obrony przeciwgazowej.

Uświadomienie i obrona ludności cywilnej przed napadami gazowymi jest zadaniem LOPP. To ogromne i odpowiedzialne zadanie może być wykonane skutecznie tylko przy poparciu i zrozumieniu ze strony społeczeństwa.

W rozwiązywaniu zadań obrony przeciwgazowej bierze udział również i Polski Czerwony Krzyż.

[1]) Iperyt w temperaturze pokojowej jest to płyn oleisty, który na powietrzu bardzo powoli paruje; pary iperytowe są również napastliwe.

Problem tyfusu plamistego w Polsce.

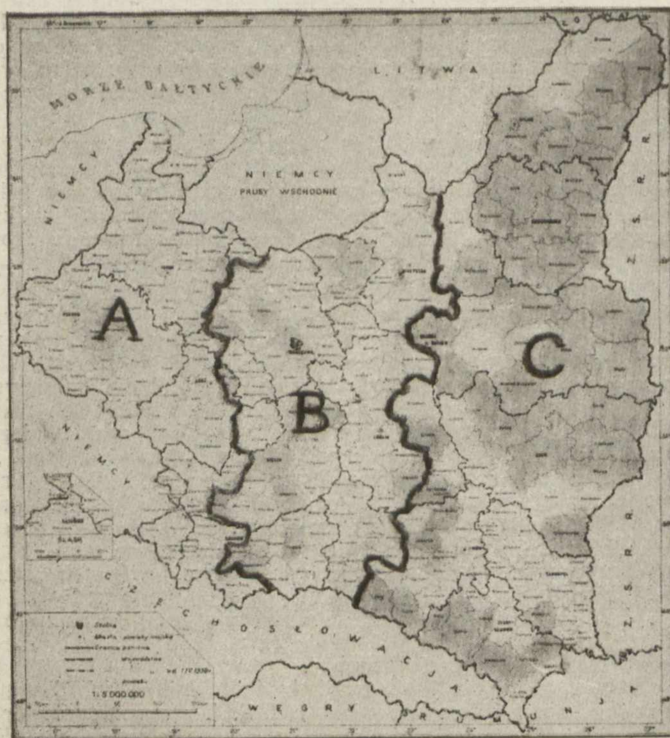
Dr. PIOTR RADŁO (Warszawa).

Krótki rzut oka na mapę rozmieszczenia tyfusu plamistego w Polsce pozwoli nam zorientować się odrazu w sytuacji. Widzimy, że kraj nasz można przeciąć dwiema dość ostrymi granicami, które podzielą nam Polskę na trzy krainy: zachodnią, środkową i wschodnią. Podobnie jak Polska „A", „B" i „C", tylko nie z gospodarczego, ale z epidemicznego punktu widzenia. Zachodnia część stojąca cywilizacyjnie wysoko nie ma zupełnie tyfusu, środkowa, mająca wielkie aspiracje i starająca się dorównać zachodowi ma nieco tyfusu pod postacią sporadycznych zachorowań lub małych epidemij, natomiast kraina „C", wschodnia, zamieszkana przez ludność ubogą, o małych wymaganiach, o dużym procencie analfabetów, i niektórych zwyczajach urągających higienie, ta Polska „C" może się niestety poszczycić wielkimi epidemiami oraz niebezpiecznymi ogniskami endemicznymi, rozsianymi od Dźwiny po Karpaty. Wprawdzie w krainie „C" są nawet dość wielkie wyspy pozbawione prawie zupełnie ognisk endemicznych (jak np. niektóre powiaty województwa wołyńskiego i tarnopolskiego lub lwowskiego), ale tereny te, jako otoczone ogniskami endemicznymi i posiadające dość wysoki stopień zawszenia, są stale narażone na wybuchy nawet wielkich epidemij. Rozpatrujmy jednak każdą krainę jako całość i nie zwracajmy uwagi na wyjątki.

Weźmy pod rozważania krainę „C", jako najciekawszą i najcharakterystyczniejszą ze stanowiska epidemiologii duru plamistgo. Mówiliśmy o niej, że posiada wiele ognisk endemicznych.

Co to jest ognisko endemiczne tyfusu plamistego?

Według najnowszego ujęcia jest to osiedle ludzkie, w którym powstają „samoistne" pierwsze zachorowania na dur osutkowy, często o nietypowym przebiegu klinicznym (podobnym np. do grypy), gdzie nie można prawie nigdy ustalić źródła pierwszego zakażenia, gdzie zarazek tyfusu jest stale obecny, i gdzie występuje ponadto wysoka częstotliwość zachorowań. Oto najistotniejsze cechy ogniska endemicznego.



Podział Polski na 3 rejony A, B i C ze stanowiska epidemiologii tyfusu plamistego

Obserwacje i badania Mosinga nad możnością przetrwania zarazka we wszy żywej przez prawie trzy miesiące (jeszcze przed dwoma laty przypuszczano, że wesz zakażona może żyć kilka a najwyżej kilkanaście dni), badania Starzyka w pracowni prof. Weigla nad zdolnością przetrwania zarazka we wszy nieżywej, w jej jelicie i kale w warunkach sztucznych przez okres czasu około 6 miesięcy, poza tym badania, które przeprowadzili Radło i Starzyk nad przetrwaniem Rickettsii Provazeki w terenie, w kożuchach i ubraniach chłopskich, świadczą najdobitniej o tym, że zarazek może być stale obecny w terenie w czasie pauzy letniej między epidemiami.

Jeżeli więc zarazek jest w stanie, czy to we wszy, czy też poza organizmem wszy, utrzymać się przez szereg miesięcy, nie tracąc prawie nic ze swej zjadliwości, to powstawanie nowych zachorowań w danym osiedlu pomimo letniej przerwy, jest zupełnie jasne i łatwe do zrozumienia. Dotychczasowe badania i obserwacje nie mogą nam jednak wytłumaczyć przerw kilkuletnich między zachorowaniami w ogniskach endemicznych. Mamy jednak nadzieje, że i ta sprawa będzie wkrótce wyjaśniona, gdyż badania są w tym kierunku kontynuowane przez Państwowy Zakład Higieny i przez Zakład Biologii prof. Weigla. W ognisku endemicznym trudno jest ustalić przyczynę tylko pierwszego przypadku zachorowania na tyfus plamisty, w dalszych zaś przypadkach można prawie zawsze stwierdzić, gdzie i kiedy dany człowiek się zaraził.

Do niedawna walka z tyfusem plamistym była bardzo trudna. Nie wiedzieliśmy bowiem jak przychodzi do pierwszych zakażeń w terenie, nie znaliśmy rozmieszczenia ognisk endemicznych i nie umieliśmy skutecznie zapobiegać endemii i epidemiom.

Dziś dokonuje się w tej dziedzinie wielki przełom.

Opracowano bardzo proste i celowe metody wykrywania ognisk endemicznych, które polegają na tym, że posługując się danymi statystycznymi Dzienników zachorowań i danymi, zawartymi w aktach lekarzy powiatowych za okres kilkunastu lat oraz w księgach zgonów urzędów parafialnych (za kilkadziesiąt lat), poza tym kartotekami i zapiskami filij Państwowego Zakładu Higieny, możemy ustalić częstotliwość zachorowań dla każdego osiedla ludzkiego za długi okres czasu. Tą drogą da się również ustalić z pewnym prawdopodobieństwem, w których osiedlach pojawiają się pierwsze zachorowania. Na podstawie kart chorych ze szpitali stałych i epidemicznych — przekonywujemy się o przebiegu klinicznym poszczególnych przypadków duru. Na podstawie zaś masowych badań krwi od ludności, dokonywanych przez specjalne naukowe ekspedycje epidemiologiczne (wysyłał je często w teren Zakład Biologii U. J. K. we Lwowie oraz P. Z. H. w Warszawie) możemy ustalić, ile procent ludności zetknęło się w ciągu swego życia z zarazkiem tyfusu. Te wszystkie poczynania razem wzięte pozwalają nam na możliwie dokładne ustalenie pozycyj ognisk endemicznych duru plamistego oraz ich zachowania się w terenie. Posługiwanie się bowiem jednym tylko sposobem (np. opracowanie tylko Dziennika zachorowań itp., (gdzie dane statystyczne nie zawsze są wystarczające) nie daje nam dokładnych wyników.

Największą trudnością w walce z tyfusem w terenie jest zły stan dróg komunikacyjnych, a raczej bezdroża

wschodnich połaci kraju. Lekarz powiatowy czy epidemiczny, aby dostać się do ognisk chorób zakaźnych musi nieraz pokonywać przestrzenie, wynoszące 50—80 kilometrów i więcej, po najfatalniejszych drogach. To samo odnosi się do chorych, którzy z powodu wielkich odległości i złych dróg nie mogą być dowiezieni do szpitali celem izolacji i leczenia.

Poprawienie dróg w Polsce przyczyniłoby się w znacznej mierze do szybkiego zgłaszania chorób, do szybkiej pomocy lekarskiej i rychłego izolowania chorych zakaźnych.

Z chwilą ujawnienia ognisk endemicznych w naszym kraju zwalczanie tyfusu plamistego będzie już rzeczą względnie łatwą.

Jak wykazały doświadczenia terenowe, wystarczy zaszczepić szczepionkę Weigla około 30—50% ludności, by główna cecha osiedla, a więc endemiczność, przestała istnieć. Poprostu przez szczepienia pozbawiamy środowisko ludzkie wrażliwości na dur na długie lata, a odporność uzyskana tą drogą jest odpornością czynną. Osiedle zaszczepione nie zakaża już otaczających wsi, a w terenie nastaje równowaga.

Sprawa częstych masowych dezynsekcyj staje się zbędną, bo dane środowisko choćby nawet było zawszone, nie jest w ogóle groźne ani dla własnych mieszkańców, ani dla innych. Nie należy jednak zapominać, że przed masowymi szczepieniami trzeba w ognisku endemicznym przeprowadzić jednorazową dokładną dezynfekcję, aby zabić zarazki mogące tam żyć od długiego czasu.

Porzućmy teraz rozważania naukowe i przejdźmy do innej dziedziny. Od strony życia.

Cała sprawa wykrywania ognisk duru i zwalczania ich przedstawiałaby się prosto i już wkrótce mógłby przyjść taki rok, w którym na terenie Polski nie byłoby prawie żadnych epidemij tej groźnej potencjalnie choroby zakaźnej; musimy wiedzieć i stale pamiętać o tym, że na wypadek wojny tyfus może wywołać w Polsce kilka milionów zachorowań i kilkaset tysięcy zgonów, przyczyniając krajowi większe straty, niż bitwy na frontach.

Potrzeba by nam około 7 milionów złotych na akcję badawczą i szczepienia. Bo trzeba zrozumieć, że bez odpowiedniej akcji badawczej nie ma mowy o racjonalnej walce z tyfusem. Należałoby więc stworzyć co najmniej kilka kolumn badawczych i kilkadziesiąt szczepiennych, trzebaby wyprodukować kilka milionów porcyj szczepionki, choćby nawet o słabszym lecz również skutecznym stężeniu.

Nie myślmy, że ognisk endemicznych specjalnie niebezpiecznych jest w krainie „C" bardzo wielka ilość. Dzięki skrupulatnym badaniom ekspedycyj epidemiologicznych możnaby wykazać, że w każdym prawie powiecie tej krainy znajduje się najwyżej kilkanaście ognisk. Masowe i bezplanowe szczepienia całej ludności powiatów krainy „C" byłyby więc niepotrzebne.

Podjęcie racjonalnej walki z tyfusem plamistym sprawiłoby, że dur osutkowy przeszedłby w Polsce do historii, tak jak przeszedł w Anglii i Nimczech, gdzie panował jeszcze przed kilkudziesięcioma laty.

Jeżli ludność krainy „C" nie będzie stać na podniesienie cywilizacji i kultury do poziomu społeczeństwa


W upalne dni ma wesz ze względu na przewiewne ubranie wieśniaka gorsze warunki życia i rozmnażania się


W zimie kożuch i reszta ubrania wytwarzają temperaturę sprzyjającą rozwojowi wszy


Trudności komunikacyjne na wsi


Aparat dezynfekcyjny przy pracy


Skupienia domów na wsi nie sprzyjają poprawie warunków higieny


Prowizoryczne izolatorium


Kolejka do szczepienia na wsi


Tak śpią w chacie chłopskiej

krainy „A“, ewentualnie „B“, to biada nam w czasie wojny, która może przyjść, niewiadomo skąd i kiedy, wśród mistrzowsko zagmatwanej sytuacji politycznej obecnego świata.

Wiemy, że ludność krainy „C“ nieprędko wydźwignie się ze stanu, w którym się teraz znajduje. Trzebaby na to dziesiątek lat pracy oświatowej i wychowawczej szkół oraz kolumn dezynfekcyjnych. Wobec tego można wyciągnąć jedyny wniosek: pozbawić całą ludność ognisk endemicznych wrażliwości na dur przez masowe szczepienia. Możemy więc w sposób prosty pozbyć się tyfusu na długie lata nawet przy niskim stanie kulturalnym ludności wchodnich rubieży i jej pełnym zawszeniu.

Sytuacja nasza wygląda trochę paradoksalnie, bo: mamy jednego z najwybitniejszych badaczy tyfusu plamistego na świecie w osobie prof. Rudolfa Weigla ze Lwowa wraz z grupą badaczy zapaleńców, mamy najzupełniej skuteczną i najlepszą na świecie szczepionkę wynalazku i produkcji Weigla, mamy opracowane najdokładniejsze metody wykrywania ognisk endemicznych w terenie i unieszkodliwiania ich, a równocześnie tolerujemy nieustanne tlenie się tyfusu w tychże ogniskach. Siedzimy poprostu na drzemiącym wulkanie pocieszając się, że jeszcze w tym roku wulkan tyfusu nie wybuchł gwałtownie, że jeszcze drzemie i jakgdyby ogranicza coraz bardziej swoją działalność, cieszymy się, że mamy poza tym badaczy, szczepionkę i metody...

Jakżeż tedy smutno musi być w tych krajach tyfusowych świata, które nie mają badaczy, nie mają szczepionki, nie orientują się w sytuacji epidemiologicznej własnych terenów, a mają dużo tyfusu plamistego...

O dawnych szpitalach.

Na marginesie I-ej Wystawy Szpitalnictwa.

Mjr. Dr. ST. KONOPKA (Warszawa).

Dzieje szpitali w Polsce sięgają XII wieku. Jak na zachodzie Europy, tak i u nas szpitale były początkowo przytułkami, w których znajdowali schronienie niedołężni starcy, ludzie dotknięci kalectwem i ubodzy. Poza tym jednak od najdawniejszych czasów udawali się do szpitali również i chorzy, gdzie doznawali pomocy i ulgi w cierpieniach.

Te dwojakie zadania szpitali przetrwały aż do XVIII w. Założycielami szpitali bywały zakony, królowie, panowie i magnaci, mieszczanie, plebani oraz urzędy miejskie. Uposażenie szpitali było rozmaite; składało się z roli, ogrodów, nieraz z pewnej gotowizny, lokowanej na nieruchomościach. Niekiedy szpital posiadał folwark lub był właścicielem jednej lub nawet kilku wiosek.

Do najstarszych szpitali w Polsce należy zaliczyć szpital św. Michała w Poznaniu, ufundowany przez Mieszka Starego w 1170 roku, szpital założony około 1220 roku przez kanoników regularnych św. Ducha w Prądniku koło Krakowa i w Sandomierzu w 1222 roku, szpital w Zawichoście, ufundowany w roku 1255 przez ks. Bolesława, szpital św. Jakuba w Toruniu, założony w 1252 roku i szpital św. Ducha w Kaliszu, który istniał już przed rokiem 1282.

Początkowo domy szpitalne budowano z drzewa lub gliny. Budynki murowane spotykamy jedynie w większych miastach. Budynek szpitalny składał się zazwyczaj z dwóch dużych izb, które były połączone z małymi komórkami, skleconymi z desek. W izbach przebywali ubodzy w ciągu dnia, noc spędzali w komórkach, gdzie również przechowywali swoje rzeczy. Umeblowanie komórki składało się z jednego łóżka.

Niektóre szpitale posiadały oddzielne izby, przeznaczone wyłącznie dla chorych.

Szpitale budowano zazwyczaj przy kościele. Często jedyne wejście do szpitala prowadziło przez kościół, aby „kaliki y stare osoby wygodniey do kościoła chodzić mogły". W niektórych szpitalach robiono nawet w sali chorych otwory w ścianie, przylegającej do kościoła, aby ciężko chorzy mogli uczestniczyć w odprawianych nabożeństwach.

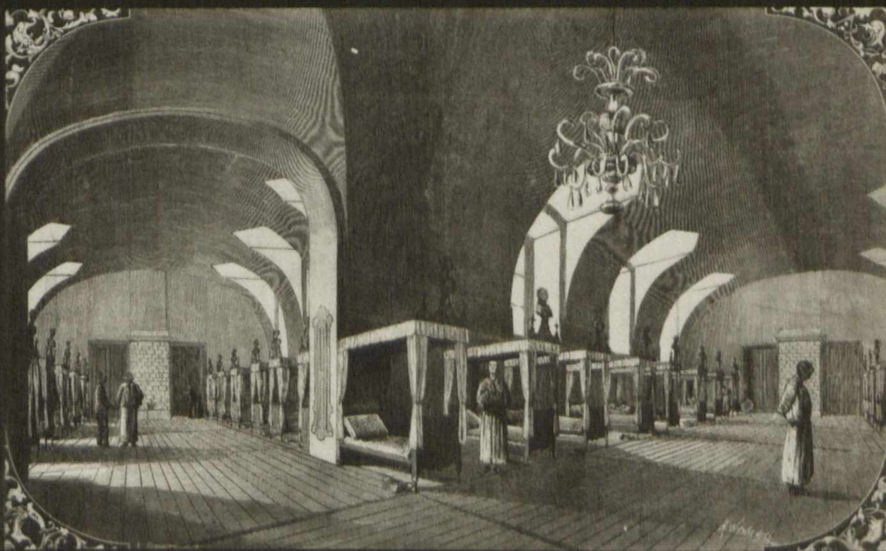
Nie od rzeczy będzie przytoczyć dokładny opis izby szpitalnej, w szpitalu św. Ducha w Krakowie, podany w protokóle wizytacji biskupa Lipskiego z roku 1739. W środku „niemocnicy" stał ołtarz dwustronny, mający z jednej strony obraz „B. Mariae Dolorosae z firankami bombowemi w pasy", z drugiej zaś strony obraz „B. Mariae Virginis Gratiosae" z firankami. Ściany izby tej były „Misteriis Passionis Christi Domini malarską ręką adornowane", okien było 4 o 4 kwaterach, piec kaflowy zielony, w piecu „miedziak" do grzania wody, obok prosty stołek z poręczą do noszenia chorych, pod ścianami 2 ławy, 14 łóżek z firankami i kropielnica miedziana. Izbę tę zalecił dekret nazwać izbą św. Kunegundy i umieszczać w niej chore „na gorączki, febry, puchliny".

W tym samym dekrecie biskupa Lipskiego znajduje się zalecenie, aby łóżka miały „dla ochędóstwa żelazne nogi" i były wyścielone „worem ze sianem, materacem wełną napchanym, dwiema poduszkami i kocem podszytym". Każde łóżko, osłonięte firanką, miało być od sąsiedniego oddalone o 3 łokcie, między każdymi dwoma łóżkami ma być wspólny dla nich stolik wpuszczony w mur i jedna, wspólna dla nich „wygoda dla natury, należycie z przykryciem sporządzona". Nad każdym łóżkiem ma być napisana jego liczba porządkowa na tablicy oraz kanta nagłówna chorego.

Pierwotnie szpitale były pozbawione opieki lekarskiej. W drugiej połowie XVI wieku spotykamy już w niektórych szpitalach chirurgów, później lekarza, który początkowo oddaje swą wiedzę i pomoc chorym bezpłatnie, następnie jest już stałym i płatnym opiekunem.

Zarząd nad szpitalami spoczywał do XVIII wieku na barkach duchowieństwa i stowarzyszeń dobroczynnych, dopiero od tego czasu zaczęło państwo dążyć do objęcia w swoje ręce szpitali i zakładów dobroczynnych.

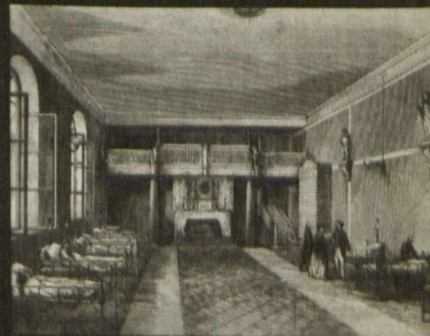
Przed otwarciem wystawy szpitalnictwa robiłem poszukiwania za ikonografią szpitali polskich, celem urządzenia osobnego działu rycin. Niestety, źródła tego rodzaju są nadzwyczaj skąpe. Dawne budynki szpitalne były małe i skromne, nie przedstawiały zatem większego zainteresowania dla malarzy lub grafików. Ikonografia szpitali polskich składa się głównie z drzeworytów, wykonanych w drugiej połowie XIX wieku. Najwięcej źródeł znalazłem do szpitali warszawskich. Jednym z najciekawszych drzeworytów jest wnętrze sali chorych Szpitala Jana Bożego.



Sypialnia ogólna w szpitalu Św. Jana Bożego
rys. Dymitrowicz



Instytut oftalmiczny w Warszawie



Sala dla chorych wewnętrznie w zakładzie leczniczym dla dzieci



Warszawski szpital dla dzieci



Szpital Św. Wojciecha w Mławie

Przewożenie chorych ze szpitala Dzieciątka Jezus do Zakładu obłąkanych w Tworkach
rys. S. Lenc





Gdy miałem 13 miesięcy... (II nagroda. Rzeźba Alfonsa Karnego)



„Jasia" (rzeźba Natana Rapoporta II nagroda)

Grafika „7 gąsek" Janiny Konarskiej (nagr.)





Zuch z gromady Wilków Morskich, obraz Hanny Rudzkiej-Cybisowej (nagr.)

Godło „Klonowa" rysunek Janiny Konarskiej (nagr.)



Niedola dziecka.

Z rozmowy z p. min. D-rem Stefanem Hubickim, Przewodniczącym Komitetu Org. Ogólnopolskiego Kongresu Dziecka.

Lekarz M. KURZROK (Warszawa-Truskawiec)

W wirze emocjonujących wypadków politycznych, które skupiają na sobie najżywsze zainteresowanie społeczeństwa utrzymuje się w ostatnich tygodniach na porządku dziennym aktualnych spraw „wewnętrznych" zagadnienie opieki nad dzieckiem.

Sprawy dziecka zostały wysunięte jako jedno z czołowych zagadnień naszej rzeczywistości. Dyskusja przeprowadzona na ten temat uzmysłowiła nam fakt, że dziecku w Polsce jest źle i pozwoliła zanalizować przyczyny tego stanu rzeczy. W ocenie przyczyn niedoli dziecka wysuwa się na pierwszy plan zły stan materialny kraju i w łączności z tym, brak wystarczającej ilości szkół, przedszkoli, żłobków, szpitali dzieci, zakładów opiekuńczych — oraz niedość głęboko ugruntowany, niedość aktywny, stosunek uczuciowy do dziecka.

W rozgwarze przewalających się nad nami zdarzeń politycznych nie zostało to zagadnienie usunięte z porządku dziennego. Ostało się i wnika coraz głębiej w umysły najszerszych warstw społeczeństwa.

W okresie najgorętszych przygotowań do Kongresu Dziecka zwracamy się do przewodniczącego komitetu organizacyjnego gen. Dra Stefana Hubickiego z prośbą o kilka bezpośrednich wyjaśnień i informacji. Pragniemy bowiem obecnie, gdy realizuje się tak poważna impreza podjęta w trosce o dziecko przedstawić w najogólniejszych zarysach zadania Kongresu Dziecka i zespół spraw z tym kongresem związanych.

Pan minister Hubicki zgadza się chętnie na udzielenie nam informacji i przyjmuje nas w swym gabinecie w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

Zapytujemy o założenia organizacyjne i podstawy ideowe Kongresu Dziecka.

— Myśl kongresu — zaznacza p. minister — powstała przed dwoma laty w łonie Stowarzyszenia Walki o Szkołę Polską, a główny cel naszych poczynań stanowi dążenie do podniesienia stopnia uczucia do dziecka.

— Wychodząc z założenia, że $^{1}/_{3}$ ludności Polski stanowi dziecko do lat 14-stu, pragniemy wysunąć na czoło zainteresowań społeczeństwa sprawy racjonalnej opieki nad dzieckiem. Wszak nawet u ludzi żyjących w dobrych warunkach materialnych dziecko poza szkołą niezawsze korzysta z dostatecznej opieki, nie mówiąc o niezamożnym dziecku robotniczym lub wiejskim.

— Pragniemy pokazać społeczeństwu położenie dziecka w Polsce. Unaoczni te stosunki wystawa „Dziecko w Polsce", która m. i. uzmysłowi najszerszym warstwom niedostateczność instytucji poświęconych pieczy nad dzieckiem itp. W naszych warunkach jest dziecko niejednokrotnie niewolnikiem zmuszonym do zdobywania środków do życia, a wysiłki organizacji społecznych i Ministerstwa Opieki Społecznej obejmują swym zasięgiem niewystarczający odsetek dzieci potrzebujących opieki społecznej.

Jak przedstawiają się założenia organizacyjne Kongresu?

— Do udziału w Kongresie zaproszono około 100 organizacji zajmujących się opieką społeczną nad dzieckiem. Platforma organizacyjna jest jak najszersza i pozwala na sharmonizowane współdziałanie różnorodnych organizacji, które w tej lub innej formie roztaczają opiekę nad dzieckiem. Pracom organizacyjnym patronują najwybitniejsze osobistości w państwie: P. Prezydent R. P. I. Mościcki, p. Mościcka, p. A. Piłsudska, p. premier Składkowski, pp. min. Świętosławski, min. Kościałkowski.

— Statut kongresu przewiduje okresowe zwoływanie takich „sejmów dziecka". Komitet Kongresu Dziecka obejmuje szeroki front organizacji społecznych, które reprezentują milion obywateli. Kongres poweźmie uchwały, które stanowić będą wytyczne dla pracy stowarzyszeń poświęcających się opiece nad dzieckiem.

W trakcie rozmowy wspomina p. minister obszerniej o wystawie pod tytułem „Dziecko w Polsce". Wystawa pokaże m. i. bogaty plon konkursu plastycznego i fotograficznego oraz przedstawi w cyfrach, wykresach i kompozycjach zagadnienia dziecka w Polsce.

W niniejszym numerze naszego pisma przynosimy kilka reprodukcji prac nagrodzonych w konkursie plastycznym „Kongresu Dziecka".

Zabraliśmy p. min. Hubickiemu sporo czasu, ale też poruszyliśmy w dłuższej rozmowie duży kompleks spraw związanych z kongresem i otrzymaliśmy wiele interesujących wyjaśnień, których nie sposób w całej rozciągłości w tym miejscu przytoczyć.

Dziękujemy p. ministrowi za wywiad. — Żegnając nas p. minister Hubicki ujmuje syntetycznie swój pogląd na sprawy Kongresu Dziecka:

— Stosunek do dziecka w Polsce jest wprawdzie napozór może wysoce uczuciowy; ale zamało konkretny i praktyczny Świat dzieci stanowi $^{1}/_{3}$ część ludności kraju i wymaga głębszego wniknięcia w jego problemy i więcej serca... brzmi to już może banalnie, ale przyszłość naszego państwa, z którego sytuacji politycznej i geograficznej zdajemy sobie sprawę, zależy w znacznym stopniu od tego młodego pokolenia. W moim osobistym stosunku do kongresu — podnosi z naciskiem p. minister — przykładam wiele wagi do prac tego kongresu, pragnę bowiem, jako stary niepodległościowiec, by troska i dbałość o niepodległość państwa została wszczepiona jak najgłębiej w serca i dusze młodego pokolenia.



Godło „Poleszuk" (rzeźba wyróżniona)



„Werończa" rzeźba Wandy Śledzińskiej (nagr.)



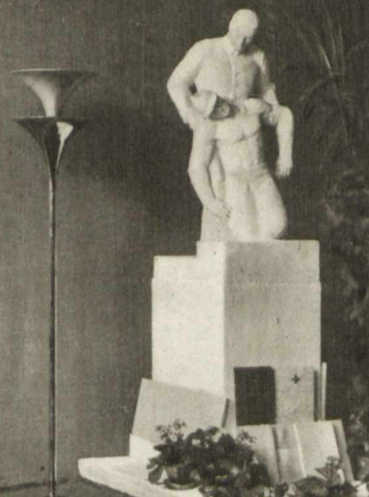
„Pazur" Stefan Momot, rzeźba w alabastrze (nagr.)



„Lech" obraz Al. Lecha Kłopotowskiego (nagr.)

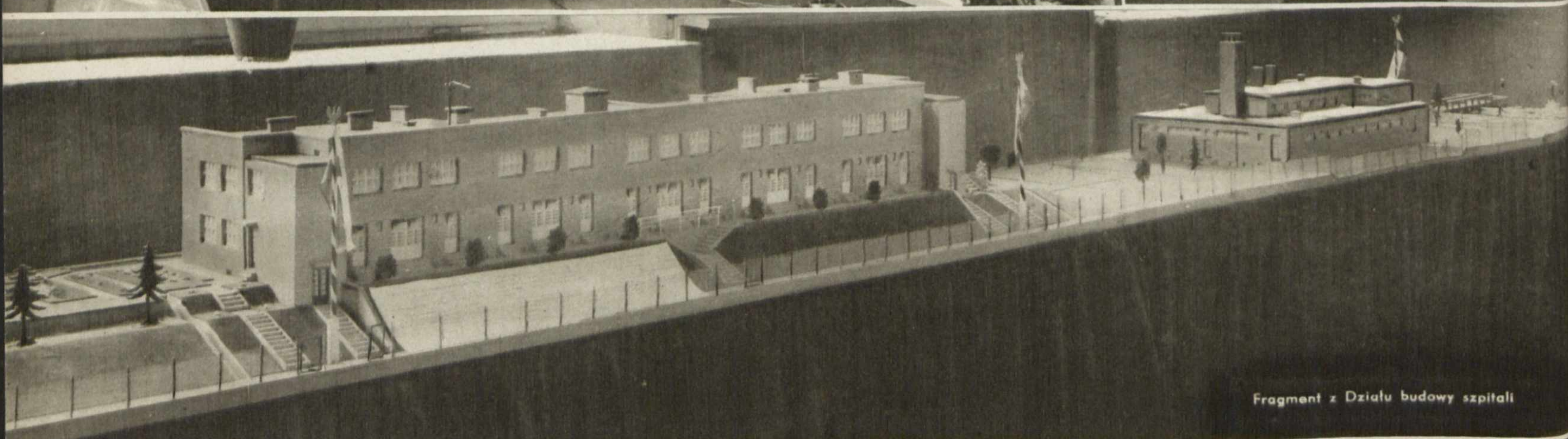
Fragment hallu wystawy (parter)





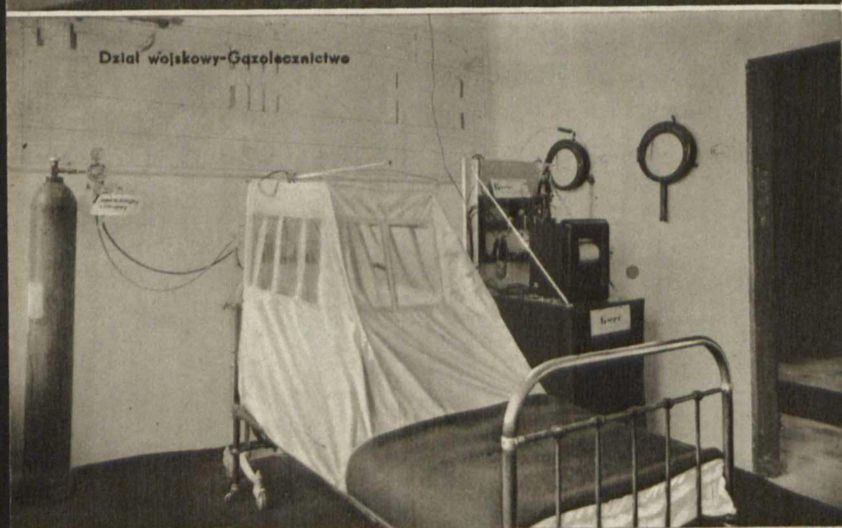
Marszałek E. Śmigły-Rydz. Fragment Działu Wojskowego wystawy





Fragment z Działu budowy szpitali

Dział wojskowy-Gazolecznictwo





Ratownictwo przeciwgazowe



Stoisko Pogotowia Ratunkowego. Przedmioty użyte do celów samobójczych U dołu: Dawna i nowoczesna karetki Pogotowia.

Pierwsza Polska Wystawa Szpitalnictwa.

10. X – 2. X – 1938 r.

„Feci quod potui, faciant meliora potentes“ — może sobie powiedzieć każdy z biorących udział w realizacji Wystawy Szpitalnictwa.

Istotnie twórcy wystawy zrobili wszystko, co mogli i osiągnęli sukces poważny.

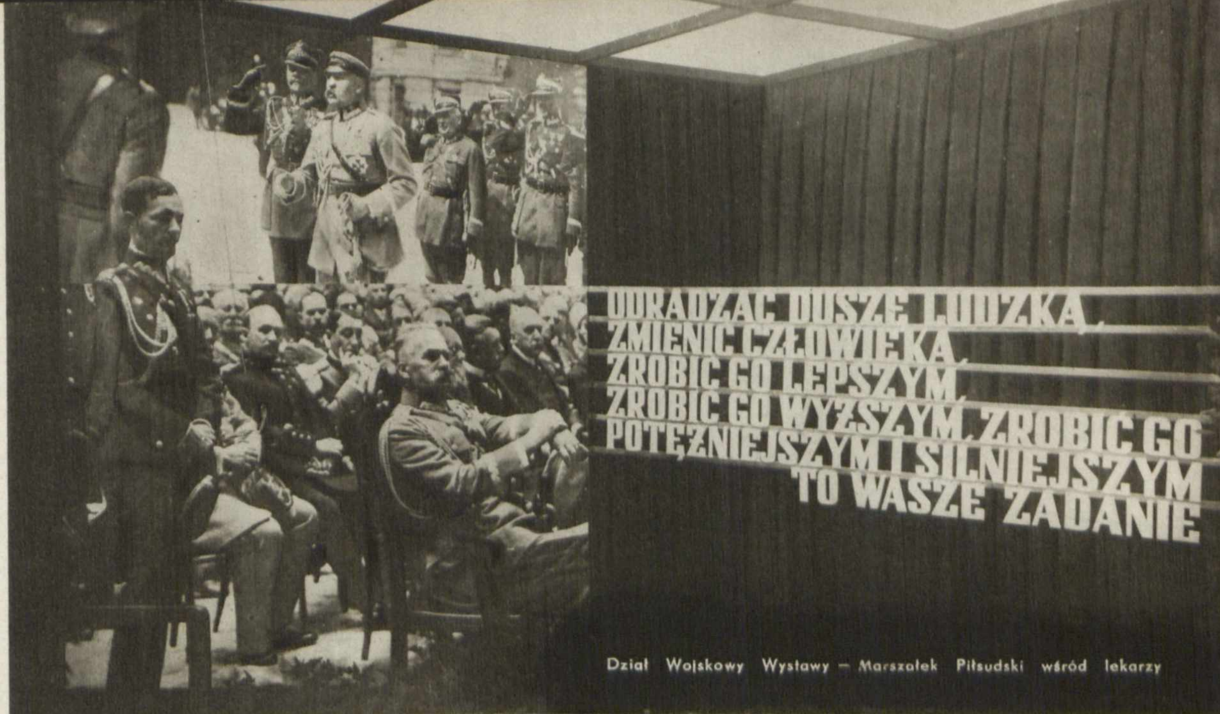
Zwiedzający wystawę łatwo może stworzyć sobie pojęcie o dorobku i postępach polskiego szpitalnictwa, w najszerszym tego słowa znaczeniu.

Wystawa mieści się w gmachu budującego się nowego Szpitala Wojskowego i zajmuje parter oraz trzy piętra. Na parterze mieszczą się działy: naukowo - dydaktyczny, — budownictwo szpitalne i urządzenia szpitalne; I piętro zajmuje: aptekarstwo i przemysł chemiczno - farmaceutyczny, dział aparatów elektromedycznych i narzędzi chirurgicznych. II piętro: ratownictwo i pielęgniarstwo, kliniki, szpitale, obrona przeciwgazowa, Czerwony Krzyż, opieka społeczna, pogotowie ratunkowe, sanatoria, Ubezpieczalnie, ratownictwo kolejowe i organizacji społecznych; III piętro: Sanitariat Wojskowy; zaopatrzenie sanitarne, chirurgia urazowa, gazolecznictwo, wreszcie — czołówki samochodowe, samolot sanitarny, kolumny dezynfekcyjne itp.

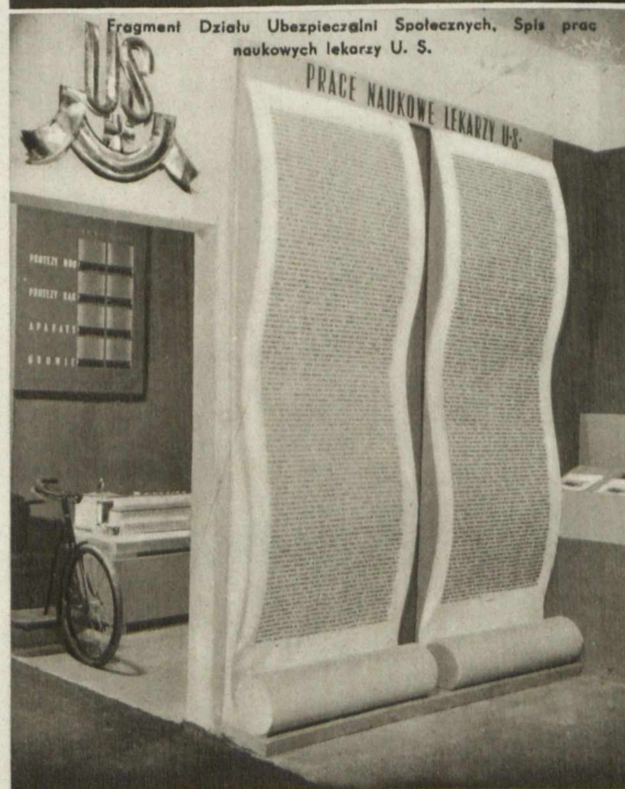
Opuszcza się gmach wystawy z niezłomną wiarą w rozwijającą się potęgę myśli i woli twórczej narodu polskiego; wystawa bowiem narzuca obserwatorowi głębszą myśl analityczną, gdyż zarówno wytwórnia krajowa precyzyjnych aparatów rentgenowskich, czy narzędzi lekarskich, jako też fabryka wytwarzająca leki i chemikalia, są to bazy umożliwiające krajowi oparcie się na własnych siłach wytwórczych, a lekarz polski całkowicie oprzeć się może na polskim leku i polskich utensyliach szpitalnych.

Oglądając wystawę na każdym kroku wyczuwa się troskliwą opiekę w tej dziedzinie naszego Sanitariatu Wojskowego z p. Generałem Roupppertem na czele. Praca na obronę i praca społeczno - lekarska Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk. stapiają się w jeden wielki czyn znamionujący dążenia naszej armii nie tylko do obrony kraju, ale i do rozkwitu naszego społeczeństwa.

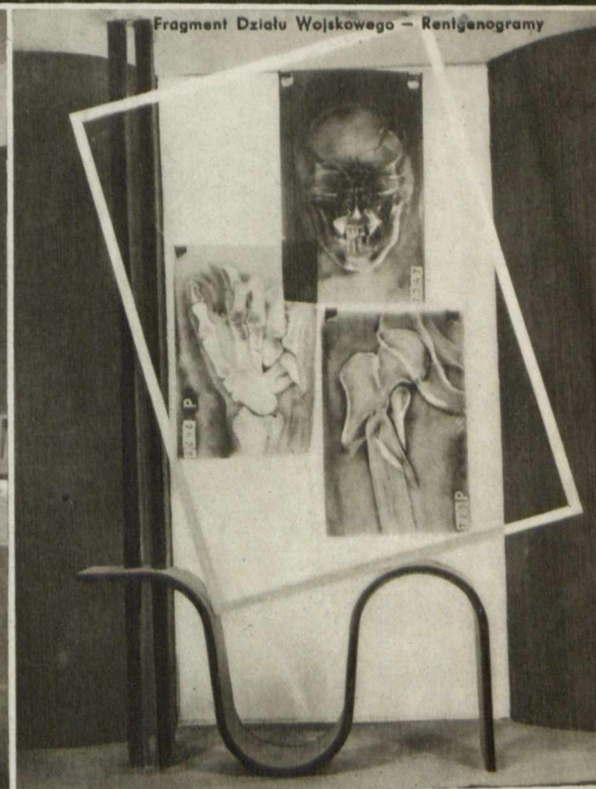
J. M.



Dział Wojskowy Wystawy — Marszałek Piłsudski wśród lekarzy



Fragment Działu Ubezpieczalni Społecznych. Spis prac naukowych lekarzy U. S.



Fragment Działu Wojskowego — Rentgenogramy



Dział Instytutu Radowego

FRAGMENTY Z WYSTAWY SZPITALNICTWA — DZIAŁ FARMACEUTYCZNY.





Dział Farmaceutyczny-Wystawa Krajowych chemikalji stosowanych w lecznictwie

Dwadzieścia lat polskiego leku w rękach polskiego lekarza.

Dr. STANISŁAW BĄDZYŃSKI. (Warszawa)

Wystawa Szpitalnictwa dała okazję polskiemu przemysłowi farmaceutycznemu do pokazania swego dorobku w formie bardziej przejrzystej i bardziej pouczającej niż to miało dotąd miejsce na różnych zjazdach lekarskich, gdzie wystawcom chodziło przede wszystkim o zapropagowanie tego czy innego preparatu, w zależności od specjalności i hasła, pod którym odbywało się dane zgromadzenie.

Zasada dopuszczania na Wystawę tylko preparatów krajowych, wytwarzanych przez rdzennie polskie wytwórnie, aczkolwiek nie przeprowadzona w całej rozciągłości, pozwoliła jednak dostatecznie zorientować się, jakim arsenałem czysto polskich leków rozporządza dzisiaj lekarz.

Trudno byłoby w krótkim artykule wymienić wszystkie fabryki wystawiające i wyliczyć wszystkie wystawione preparaty, można jednak omówić pokrótce najważniejsze grupy leków, aby zapoznać się z dorobkiem polskiego przemysłu w tej dziedzinie.

P r e p a r a t y s y n t e t y c z n e — stanowią najważniejszy dział, a wśród nich na plan pierwszy wysuwają się związki arsenobenzolowe, których różnorodny szereg produkuje Spiess, dając lekarzowi do ręki niezawodną broń do walki z kiłą. Dalej widzimy związki salicylowe, wytwarzane przez fabrykę „Motor"; najnowsze związki sulfamidowe (Spiess); organiczne związki wapnia Karpiński, Klawe, Spiess; analeptyki, pochodne pirydyny Karpiński, Spiess, gwajakol i jego pochodne Spiess; barbiturany, których najwięcej produkuje Spiess; organiczne związki złota — Spiess; związki bizmutu, produkowane przez kilka firm; środki znieczulające do narkozy ogólnej oraz alkaloidy syntetyczne — Spiess. Wystawiono również wiele innych syntetyków, wytwarzanych przez różne firmy.

W grupie tej odczuwamy dotkliwie brak pochodnych pyrazolonowych, których produkcja w odpowiedniej skali przekracza — jak dotąd — możliwości naszego przemysłu.

W i t a m i n y. — Dział ten wygląda stosunkowo bardzo ubogo. Króluje tutaj krystaliczny witamin D., wytwarzany w chemicznie czystej postaci przez firmę Spiess, oraz również tejże firmy witamin A w roztworze olejowym, gdyż — jak wiadomo — krystaliczną postać tego związku otrzymać można tylko w temperaturze poniżej zera.

Pomijając więc bardziej dyskutowane witaminy E, H, K i P musimy stwierdzić, że nie posiadamy ani witaminu C ani kompleksu B_1 — B_6, co spowodowane jest opatentowaniem w Polsce wszystkich opłacalnych metod produkcji przez wytwórnie zagraniczne, które w ten sposób pokrywają sobie olbrzymie koszta utrzymywania wielkich laboratoriów badawczych, zapewniających stały postęp w dziedzinie chemii i medycyny.

H o r m o n y. — Nowa ta i niezmiernie trudna dziedzina została jednak w znacznej mierze opanowana przez rodzimy przemysł, dzięki czemu posiadamy już cały szereg preparatów o dostatecznym stężeniu i należytej czystości, jak to: hormony płciowe żeńskie: oestron i progestreon, hormon męski: androsteron, prolany itp., które stanowią najważniejsze w tej dziedzinie preparaty, wyrabiane przez firmy Klawe i Spiess.

Oczywiście nie mamy nowych półsyntetycznych związków, jak dwuhydrofolikulina i jej menzoesan, octan i propionian testosteronu — w postaci krystalicznej i dozowane w miligramach, jednakże musimy sobie powiedzieć, że preparaty te — w chwili obecnej — nie znalazłyby prawie żadnego zastosowania w Polsce, ze względu na niesłychanie wygórowaną cenę. Ponadto należy również dodać, że w niektórych przypadkach stosowanie zbyt dużych dawek hormonów okazało się szkodliwe, jak to np. miało miejsce z follikuliną, gdzie obecnie ani u nas ani zagranicą nie przekracza się na ogół dawek dziennych 10.000 — 20.000 j. mn. Dla porządku należy jeszcze stwierdzić brak ważniejszych hormonów: kortyny, tyroksyny i hormonu tyreotropowego.

O r g a n o p r e p a r a t y. — Dział ten zbliżony bardzo do poprzedniego, stanowi dlań poniekąd stadium przejściowe, gdyż nie ulega wątpliwości, że w niedalekiej przyszłości uda nam się ze wszystkich organów wydobywać, w postaci czystej, właściwe ciała działające, bądź też po zidentyfikowaniu otrzymywać je na drodze syntezy chemicznej.

Na szczególne wyróżnienie zasługują tutaj przetwory śledziony i wątroby, które — jak wykazały liczne polskie prace kliniczne, nie ustępują przereklamowanym preparatom zagranicznym.

S z c z e p i o n k i i s u r o w i c e. — Bakterio i seroterapia została całkowicie opanowana przez polski przemysł i coraz rzadziej spotykamy lekarzy, uciekających się do preparatów zagranicznych, zarówno w dziedzinie szczepionek swoistych, jak i bardziej nieokreślonych, a często stosowanych szczepionek nieswoistych.

Przodują tutaj pod względem asortymentu zakłady Klawe i Spiess oraz Państwowy Zakład Higieny, posiadający wytwórnie szeregu szczepionek i surowic.

P r z e t w o r y r o ś l i n n e. — Widzimy w tym dziale przede wszystkim wyciągi alkoholowe, zawierające całe zespoły różnych glikozydów, których polski przemysł nie potrafi jeszcze wydzielić w formie czystej, krystalicznej i dawkować wagowo, podobnie, jak np. niektóre wyżej wspomniane hormony.

Niemniej jednak preparaty te, pozbawione saponin i ciał balastowych oraz mianowane biologicznie, posiadając zawsze pewne i jednakowe działanie, w praktyce nie ustępują, ani w postaci doustnej, ani nawet w postaci wstrzykiwań, preparatom zagranicznym.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że dwadzieścia lat temu polski przemysł chemiczno-farmaceutyczny rozpoczynał swe istnienie, to musimy stwierdzić, że dzisiaj w każdej niemal specjalności może lekarz skutecznie stosować li tylko polskie preparaty. Kilka wyjątków z dziedziny produkcji przede wszystkim witamin i hormonów, bądź „dużych" chemikalij, spowodowane są ograniczeniami patentowymi, na rzecz firm zagranicznych, względnie zbyt kosztowną instalacją fabryczną, która nie może opłacić się przy naszym niewspółmiernie małym rynku zbytu.

Trudne warunki, w jakich rozwijał się od początku nasz przemysł farmaceutyczny, skrępowany rozporządzeniami, opartymi na przestarzałych ustawach, zwalczany przez zagranicę, ignorowany przez naukowców, nie popierany przez aptekarzy i traktowany nieufnie przez większość lekarzy — rokowały jak najgorsze wyniki dla rozwoju wytwórczości krajowej. Tym bardziej więc należy podkreślić, jak wiele na tym polu już zostało dokonane, dzięki energii i inicjatywie prywatnej.

Pomyślny zwrot lekarzy polskich w kierunku zdecydowanego popierania przemysłu krajowego, ostatnie deklaracje aptekarstwa polskiego w tym względzie, pozwalają rościć nadzieję, że i władze nasze zainteresują się bardziej tą gałęzią wytwórczości, nie tylko celem stałego obniżania cen na krajowe przetwory farmaceutyczne, lecz także przez rewizję przestarzałego ustawodawstwa, przez wprowadzenie należytej ochrony patentowej i celnej oraz usunięcie z lecznictwa społecznego zagranicznych synonimów, produkowanych przez kartele międzynarodowe, sprzedawane po dumpingowych cenach, zmierzających do zrujnowania przemysłu polskiego.

Rozwój krajowego przemysłu farmaceutycznego, który u nas ze względu na zły stan zdrowotności i konieczność leczenia mas, odgrywa bardzo wielką rolę w czasie pokoju, a odgrywać będzie jeszcze większą w razie wojny, — leży wyłącznie w rękach lekarzy i aptekarzy. Wszyscy więc powinni przyjąć jako niezłomną zasadę:

Lek produkowany przez polskiego przemysłowca i dostarczony przez polskiego aptekarza jest jedyną bronią polskiego lekarza w walce o zdrowie społeczeństwa.

Uwagi o społecznym znaczeniu kiły i konieczności jej zwalczania w Polsce.

Prof. Dr. TADEUSZ PAWLAS (Wilno). Dyrektor Kliniki Dermatologicznej U. S. B.

W ostatnich latach wysiłki świata lekarskiego, rządów i całych społeczeństw idą w kierunku zwalczania chorób społecznych, przede wszystkim raka, gruźlicy i chorób wenerycznych. Akcja zwalczania tych chorób, opanowania ich i zmniejszenia olbrzymich szkód, przez nie wywołanych, była skierowana do niedawna głównie przeciw gruźlicy i rakowi. Szkody, wyrządzane przez choroby weneryczne, były niedoceniane i wskutek tego nasilenie walki z chorobami wenerycznymi było niedostateczne i wydawało znikome rezultaty.

Stan ten musiał się zmienić z chwilą, gdy ostatnio, dzięki znakomicie opracowanym statystykom, opartym na ogromnym materiale wielu państw poznano dobrze olbrzymie procentowo nasilenie chorób wenerycznych i zdano sobie sprawę z ogromu szkód, jakie powodują te choroby, a zwłaszcza kiła i, gdy równocześnie, dzięki genialnym odkryciom w dziedzinie syfilidologii, nauczono się wcześnie i dokładnie rozpoznawać kiłę w najrozmaitszych jej okresach oraz, co jeszcze ważniejsze, leczyć ją skutecznie.

Prace statystyczne okazały się bardzo pomocne w akcji zwalczania chorób wenerycznych, a zwłaszcza kiły, o której chcę mówić w niniejszym artykule. Wykazały nam one jasno, jak olbrzymie wzrosło nasilenie kiły we wszystkich niemal krajach, wykazały również niepomiernie szkody społeczne, wywołane przez tą chorobę.

Opierając się na statystykach największych i najbardziej miarodajnych, podaję kilka cyfr charakterystycznych: Statystyki amerykańskie wykazują, że w Stanach Zjednoczonych w r. 1936 liczba syfilityków, wymagających leczenia, wynosiła około 12 milionów i że w tymże roku 1936-ym zgłosiło się po raz pierwszy do leczenia 1.114.000 kiłowych.

To samo nasilenie szerzenia się kiły stwierdzają statystyki wielkich państw europejskich: Komisja profilaktyki chorób wenerycznych przy francuskim ministerstwie higieny podała, że około 4 miliony osobników we Francji (10% ludności) dotkniętych jest kiłą. Obliczenia, przeprowadzone w latach 1926 — 1934 w niemieckich klinikach w Monachium, Lipsku i Jenie wykazały, że 4.7% (Lipsk) do 5.8% (Jena) chorych, leczących się z innych powodów na klinikach chorób wewnętrznych, kobiecych i skórnych, miało równocześnie objawy kiły, o której istnieniu w wielu przypadkach uprzednio nie wiedzieli.

Groźne są równie statystyki włoskie z okresu powojennego; podają one np. ilość dzieci z kiłą wrodzoną na około 25%.

Statystyki, przedstawiające ogrom szkód, wywołanych przez kiłę, są również przerażające: Amerykańskie kliniki dermatologiczne i chorób wewnętrznych stwierdzają, iż na 100 chorych kiłowych przeciętnie u dziesięciu można wykazać wyraźne zmiany chorobowe w naczyniach lub sercu, przyczem każdy z tych chorych traci przeciętnie około 22 lat życia. Kliniki okulistyczne podają, że olbrzymi procent (6%) ciężkich chorób oczu jest wywołanych przez kiłę. Badania płynów mózgowo-rdzeniowych, wykonywane masowo w klinikach amerykańskich, stwierdziły u syfilityków nieleczonych, zmiany chorobowe w zakresie ośrodkowego układu nerwowego w 30% przypadków. 10% kiłowych uprzednio nieleczonych lub leczonych niedostatecznie znajduje się z powodu porażenia postępującego w zakładach dla umysłowo chorych.

Przykłady podobne, oparte na nieco mniejszym materiale, podają statystyki wielu klinik europejskich. Np. Strelow na podstawie materiału kliniki chorób wewnętrznych w Kolonii twierdzi, że u 34% syfilityków spotyka się zmiany w układzie nerwowym, a w 12.3% w układzie krążenia, oraz że śmiertelność chorych na kiłę przewyższa o 61% śmiertelność u niekiłowych.

Są to cyfry pełne grozy, pozwalające nam zdać sobie jasno sprawę z tego, że zagadnienie kiły ma nie tylko ogromne znaczenie społeczne, ale i ekonomiczne. Przekonano się, że nie tylko kiła objawowa powoduje w ogromnej liczbie przypadków zwiększenie się ilości niezdolnych do pracy, ale że i w okresie utajenia odbija się ona bardzo często szkodliwie na przebiegu innych schorzeń, między innymi nawet uszkodzeń zewnętrznych ciała. Jest to niejednokrotnie jeszcze niedoceniane wskutek błędów rozpoznawczych, popełnianych przez niedostatecznie specjalistycznie wykwalifikowanych lekarzy. (Ciekawe spostrzeżenia Page'a, który podaje, że 35 przypadków różnych schorzeń, uważanych pierwotnie za niekiłowe np. za grypę, porażenie połowicze i inne, które spowodowały utratę 13.946 dni roboczych i koszty 50.711 dolarów, okazały się przy dokładniejszym zbadaniu ostateczne schorzeniami kiłowymi).

Pozwala nam to, łącznie ze zdaniem sobie sprawy z ilości chorych kiłowych i częstości pojawiania się u nich w okresie późnym chorób serca, narządów wewnętrznych i układu nerwowego na wyrobienie sobie zdania, ile traci przemysł, państwo i społeczeństwo wskutek niedostatecznej walki z kiłą.

Są to cyfry tak olbrzymie, że wszystkie państwa i społeczeństwa, które walki z chorobami wenerycznymi jeszcze nie zorganizowały na swych terenach, muszą przyjść do przekonania, że jak najszybsze i najenergicznejsze rozpoczęcie tej walki jest nieodzowną koniecznością. Mamy w tym kierunku znakomite wzory w państwach skandynawskich, które przeprowadziły kampanię przeciwkiłową doskonale i osiągnęły wyniki znakomite, jaskrawo kontrastujące z uzyskanymi w innych krajach europejskich i to niejednokrotnie przy znacznie większych wydatkach. Nie wchodzę tu w szczegóły organizacji walki z kiłą w krajach skandynawskich, podam tylko, że np. w Danii było w r. 1906 39 przypadków świeżej kiły na 10.000 mieszkańców, a już w r. 1933 cyfra ta zmniejszyła się przeszło 30-krotnie (3 przyp. na 10.000 mieszk.). W Szwecji zarejestrowano w 1936 r. 25.000 kiłowych, w tym tylko 4.000 nowych zakażeń.

Statystyki innych państw, gdzie walka z chorobami wenerycznymi jest prowadzona według innych wzorów, wykazuje też wyraźny spadek nowych zakażeń kiłowych. Nigdzie jednakże nie osiągnięto tak uderzająco świetnych wyników, jak w krajach skandynawskich.

W Stanach Zjednoczonych, głównie w stanie Nowojorskim, akcję zwalczania chorób wenerycznych prowadzi się obecnie prawdziwie po amerykańsku, z wielkim rozmachem i dużym nakładem środków, według planu i pod kierownictwem prof. Parrana. Wyniki już są widoczne w niektórych miastach i stanach, jednakże ciągle jeszcze spotyka się tu i ówdzie takie stosunki, iż np.

Mc Daniel znalazł między 7.000 bezrobotnymi w Georgia 7% kiłowych między białymi, a 34% między kolorowymi, a stan uświadomienia wskutek niedostatecznej jeszcze propagandy jest taki, że jak podaje Strohm na 4.000 kiłowych, leczonych w klinice uniwersyteckiej w Oregon, 50% nie wiedziało uprzednio o swej chorobie, a wykryto ją dzięki innemu jakiemuś równoczesnemu schorzeniu, z powodu którego chorzy ci zgłosili się do leczenia.

Oficjalne statystyki niemieckie podają, że od czasu wprowadzenia zarządzeń dla zwalczania chorób wenerycznych, ilość nowych zakażeń kiłowych systematycznie się zmniejsza. W ostatnich latach średni procentowy ubytek zachorowań na kiłę wynosi od 3 — 4% roczne. (Statystyka Dillmanna). W Italii według raportu lekarzy inspektorów dla walki z chorobami wenerycznymi z r. 1934. następowało od czasów wojny aż do r. 1929-go stałe zmniejszanie się ilości chorób wenerycznych. W r. 1929 nastąpił chwilowy wzrost zachorowań, wywołany ówczesnym kryzysem ekonomicznym, od kilku jednak lat wobec coraz energiczniej prowadzonej przez państwo akcji zwalczania chorób wenerycznych nastąpił ponowny znaczny spadek, zaznaczający się głównie w małych miasteczkach. Spadek ten dotyczy głównie kiły (o 70% mniej) i wrzodów miękich (o 95% mniej); rzeżączka utrzymuje się na dawnym poziomie. Również w Wielkiej Brytanii ilość przypadków kiły w roku 1934 zmniejszyła się o połowę w stosunku do liczby z r. 1920-go. Znaczne zmniejszenie się ilości zakażeń kiłowych nastąpiło także we Francji.

Zupełnie inaczej dzieje się w Polsce. Według alarmujących doniesień z terenu całej niemal Polski, po chwilowym zmniejszeniu się ilości nowych zakażeń kiłowych w latach powojennych, następuje obecnie stały ich wzrost. Wszystkie kliniki uniwersyteckie, oddziały wenerologiczne szpitalne i przychodnie przeciwweneryczne notują znacznie więcej zgłaszających się do leczenia przypadków kiły. Rzuca się to w oczy głównie w Warszawie i w Poznaniu, a ostatnio olbrzymi wzrost liczby zachorowań na kiłę stwierdziła klinika dermatologiczna U. S. B. i szpital Sawicz w Wilnie. W przychodnich tej że kliniki i szpitala Sawicz pojawia się w bieżącym roku kilkakrotnie większa ilość przypadków kiły objawowej, niż w latach uprzednich. To samo stwierdzaja ubezpieczalnie społeczne, głównie w województwach pomorskim i poznańskim.

Badania surowicy krwi ciężarnych, przeprowadzane systematycznie na klinikach położniczo-ginekologicznych w Warszawie i Wilnie wykazały 9.35%, względnie 4.8% dodatnich odczynów Bordet-Wassermanna.

Wszystko to wskazuje wyraźnie, że ilość przypadków kiły w Polsce jest bardzo duża i że wzrastająca w ostatnich latach i miesiącach fala nowych zakażeń kiłowych nie okazuje dążności do zmniejszania się, a nawet do zatrzymania się na tym samym poziomie. Cyfry, które dochodzą do naszej wiadomości są z pewnością znacznie niższe od istotnego stanu rzeczy, wobec braku ustawowego zgłaszania przypadków kiły i starannego unikania przez chorych kiłowych możliwości ujęcia ich w ewidencję. Stan jest groźny, mogący wywołać znaczne obniżenie tej najcenniejszej wartości narodu, jaką jest jego zdrowie i możliwość intensywnej pracy.

Obecne nasilenie zachorowalności na kiłę zwróciło już na szczęście uwagę świata lekarskiego i wywołało naturalne konsekwencje, przejawiające się coraz częstszymi głosami w prasie lekarskiej i społecznej, żądającymi wprowadzenia w czyn energicznych środków zaradczych.

Walka z chorobami wenerycznymi w Polsce znajduje się niestety dopiero w powijakach. Sfery zainteresowane zdają sobie już sprawę z powagi niebezpieczeństwa i częściowo weszły w stadium opracowania planu walki. Do naszych Izb Ustawodawczych wpłynął już ramowy projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, niestety jdnak wobec nieuchwalenia go w terminie przedwakacyjnym i rozwiązania obecnie Sejmu i Senatu dużo jeszcze wody upłynie, zanim projekt ten zostanie uchwalony, a jeszcze więcej, nim zacznie być wprowadzany w życie.

O walce z chorobami wenerycznymi myślą już jednak wreszcie i inne instytucje do tego powołane i obowiązane i Ministerstwo Opieki Społecznej opracowuje swój projekt walki z chorobami wenerycznymi, oparty o działalność Związku Przeciwwenerycznego i Ośrodków Zdrowia. Projektowi temu brak jednak rzeczy najważniejszej t. j. mocy wykonawczej, oraz jasnego wskazania, kto będzie ponosił koszta tej walki o zdrowie narodu.

Najdalej w obecnym stanie rzeczy posunął się w opracowaniu sposobów walki z chorobami wenerycznymi i w realizacji planu Zakład Ubezpeczeń Społecznych. Przez alembik Rady Naukowo-Lekarskiej przy Z. U. S-ie przeszedł już w przyśpieszonym tempie projekt reorganizacji lecznictwa i walki z chorobami wenerycznymi (tymczasem z kiłą) na terenie Ubezpieczalni Społecznych w Polsce, a obecnie Z. U. S. wprowadza go już częściowo w życie w celach eksperymentalnych na terenach kilku województw. O ile projekt ten zda w ten sposób egzamin praktyczny, stanie się on obowiązujący dla wszystkich Ubezpieczalni Społecznych w Polsce, i w ten sposób Ubezpieczalnie Społeczne będą instytucjami, które nie tylko będą wzorowo i nowocześnie leczyły chorych kiłowych, ale i — pierwsze w Polsce — będą prowadziły zorganizowaną walkę z kiłą.

Przy realizacji całkowitej planu, zaleconego ubezpieczalniom przez Radę Naukowo-Lekarską, wyniki walki z kiłą, wobec zaniedbania, panującego dotychczas na tym polu, nie powinny pozwolić na siebie zbyt długo czekać. Będą one jednak wówczas dopiero pełnowartościowe, gdy akcja, podjęta przez Ub. Społeczne, będzie mogła zostać skojarzona z równoległą akcją innych instytucji, zajmujących się leczeniem chorych wenerycznych.

Dla urzeczywistnienia tego idealnego planu należałoby koniecznie przeprowadzić prace wstępne, polegające przede wszystkim na odpowiedniej propagandzie i na stworzeniu odpowiednio licznych dobrych kadr lekarskich, wyszkolonych wystarczająco w nowoczesnych metodach diagnostycznych i w nowoczesnym lecznictwie kiły, mającym za cel jak najszybsze usunięcie objawów zakaźnych, oraz osiągalny już dzisiaj zupełnie ideał lecznictwa kiły tj. zupełne wyleczenie chorego. Lekarze ci musieliby być z natury rzeczy odpowiednio społecznie do swej akcji przygotowani, musieliby zdawać sobie jasno sprawę z ważności zagadnień, do spełniania których zostali powołani, powinni przede wszystkim doskonale rozumieć to, co zbyt mało jeszcze jest akcentowane, że niedostateczne, za słabe lub za krótko, trwałe leczenie chorego kiłowego przynosi mu więcej szkody niż pomocy. Powinni oni umieć nakłonić chorego do rzetelnego leczenia się, a w razie niestosowania się do wyznaczonych terminów, odmówić mu pomo-

cy. Poza tym — jest to już sprawą instytucji leczących — lekarze, o których mowa, nie powinni być skrępowani w wyborze i przeprowadzeniu takiego leczenia, jakie powinno być w danym przypadku przeprowadzone i w takim czasie, jak tego dany okres chorobowy wymaga. Leczenie tego rodzaju będzie w przeważającej liczbie przypadków kosztowniejsze od stosowanego dotychczas w przychodniach przeciwwenerycznych i w większości Ubezpieczalni Społecznych, ale w rzeczywistości wydatki w ogólnej swej sumie będą zawsze mniejsze, bo skrócą ogólny czas leczenia i — co ma olbrzymie znaczenie — skrócą czas zakaźności chorego.

Przeszkolenie lekarzy, zajętych w instytucjach, leczących chorych wenerycznie, powinno się odbywać według ogólnie przyjętych i ustalonych norm, według ustalonych wytycznych leczenia kiły. Przyjęcie szematów leczenia chorych kiłowych dla przeszkolenia lekarzy, zajętych zarówno w ubezpieczalniach, jak i przychodniach przeciwwenerycznych, ułatwiłoby znacznie zdaniem moim leczenie i wyleczenie chorych, którzy z najrozmaitszych powodów muszą zmieniać w czasie leczenia przeciwkiłowego lekarza lub instytucję, w której są leczeni. Uważam (co zgadza się ze zdaniem większości wybitnych syfilidologów polskich, oraz Rady Naukowo Lekarskiej ZUS-u, gdzie sprawa ta była gorąco dyskutowana), że ustalenie wytycznych dla leczenia kiły jest możliwe i racjonalne. Są w tym kierunku już liczne precedensy w innych krajach. Przypominam tutaj wytyczne dla leczenia kiłowych marynarzy, przyjęte przez wiele państw (Anglia, Belgia, Dania, Finlandia, Francja, Grecja, Irlandia, Italia, Monaco, Niemcy, Rumunia, Szwecja, Tunis) w podpisanej w Brukseli w roku 1924-ym umowie, oraz wytyczne proponowane przez komisję, wyłonioną przez Ligę Narodów. W Stanach Zjednoczonych stosuje się leczenie przeciw kiłowe głównie według 2 sztywnych szematów: więcej przyjętego szematu leczenia ciągłego nieprzerywanego (szemat uniwersytetu w Baltimore) i rzadziej stosowanego leczenia przerywanego, zwanego popularnie systemem brytyjsko - duńskim. W krajach europejskich często stosuje się szemat leczniczy, podany przez jednego z najwybitniejszych współczesnych syfilidologów E. Hoffmanna (Bonner maximaler Kursystem) lub szemat leczenia przewlekłego przerywanego, stosowanego głównie przez szkołą francuską.

Sprawa leczenia kiły według jakiegoś standartu, według wytycznych leczniczych drzemie zresztą świadomie lub podświadomie w umysłach wielu syfilidologów. Każda niemal klinika czy szpital chorób wenerycznych, każdy niemal bardziej doświadczony wenerolog prowadzi leczenie przeciwkiłowe w przypadkach kiły u osobników poza tym zdrowych, normalnie zbudowanych w wieku młodym lub średnim, według pewnych norm, uznanych przez niego za wystarczające i najlepsze. Normy te powinny w pewnych wypadkach, zależnie od indywidualnych właściwości chorego, ulegać pewnym zmianom. Muszą się one zmieniać również w zależności od coraz to nowych zdobyczy w zakresie lecznictwa, powinny być co pewien czas kontrolowane i przepracowywane. Muszą one jednakowoż istnieć i być w ten sposób pomocą dla lekarza, który nie może zbyt często uzupełniać swych wiadomości nowoczesnymi zdobyczami w diagnostyce i lecznictwie kiły, a pragnie przeprowadzać leczenie przeciwkiłowe chorego, oddanego pod jego opiekę jak najlepiej i jak najskuteczniej.

Przeszkolenie lekarzy oraz wprowadzenie wytycznych dla leczenia chorych kiłowych doprowadzić powinno do odciążenia specjalistów wenerologów, pracujących obecnie w ubezpieczalniach, przychodniach przeciwwenerycznych i innych instytucjach, leczących chorych kiłowych. Umożliwi im to bardziej troskliwe niż to jest możliwe w obecnych warunkach badanie i leczenie chorych wenerycznych. Lekarze wenerolodzy będą mogli wówczas nieco więcej czasu poświęcić propagandzie walki z chorobami wenerycznymi, przede wszystkim przez uświadamianie chorych o istocie ich schorzenia, o jego skutkach w razie niedbałego leczenia i o zupełnej wyleczalności kiły i innych chorób wenerycznych w razie poddania się bezwzględnego, a pełnego zaufania zarządzeniom lekarskim.

Istnienie wytycznych uchroni też niejednokrotnie lekarza od zaniedbań tego rodzaju, jak nieprzeprowadzenie badania mikroskopowego na krętki w każdym podejrzanym przypadku lub od zaniedbania wykonania tak dokładnych i częstych badań serologicznych, jak tego nowoczesne metody badania i leczenia przypadków kiły wymagają. A wiemy z doświadczenia, że przepracowanemu ponad miarę lekarzowi zdarza się to aż nazbyt często. Dowodem, że tak jest w rzeczywistości, są doniesienia komisji dla zwalczania chorób wenerycznych, wyłonionej przez Ligę Narodów, która stwierdziła, iż w wielkich klinikach całego świata (a więc tam, gdzie badania pomocnicze powinny być przeprowadzane najbardziej wzorowo) u 20% chorych w okresie kiły wczesnej nie przeprowadzono przed rozpoczęciem leczenia przeciwkiłowego ani badania mikroskopowego na krętki ani badań serologicznych. Polska naturalnie nie może być tu chlubnym wyjątkiem. O zaniedbaniach w badaniu przedwstępnym chorych kiłowych przekonywałem się bardzo często na podstawie wywiadów chorych, leczonych przezemnie w praktyce prywatnej lub w klinice dermatologicznej krakowskiej i wileńskiej, w późniejszych okresach ich choroby.

Przekonała mnie o tym i ankieta, przeprowadzona na terenie Ubezpeczalni Społecznych przez Zakład Ubezpieczeń Społ., oraz osobiste spostrzeżenia, poczynione w przychodniach przeciwwenerycznych.

Wiemy zaś dzisiaj dokładnie, jak wielkie szkody przynosi choremu kiłowemu niedokładne przebadanie go przed rozpoczęciem leczenia, i jakie trudności sprawia to lekarzowi, który z jakichkolwiek powodów musi potem dalej prowadzić i kończyć leczenie chorego, u którego nie wykonano przed pierwszym, a czasem i przed następnymi leczeniami badań serologicznych i mikroskopowych. Zmusza to nieraz do prowadzenia uciążliwego i kosztownego leczenia osobnika, który nigdy kiłą się nie zakaził, a u którego postawiono mylnie rozpoznanie jedynie na podstawie badania klinicznego.

Wprowadzenie wytycznych dla leczenia chorych kiłowych, oraz kontrola nad rygorystycznym ich wykonaniem, pozwoliłyby niewątpliwie uniknąć w wielu przypadkach podobnych zaniedbań, a wraz z tym i kosztów, ponoszonych przez instytucję obowiązaną do leczenia oraz trudów, a nieraz i załamań psychicznych osobnika niepotrzebnie naznaczonego piętnem ciężkiej choroby.

Te i inne refleksje, wymagające wyczerpującego omówienia, a nasuwające mi się uparcie przy rozważaniu obecnego stanu lecznictwa przeciwkiłowego w Polsce, skłoniły mnie do opracowania „wytycznych dla leczenia kiły", załączonych poniżej „in extenso", oraz do usilnego starania się o wprowadzenie ich w życie w jak najszerszym zakresie. Wytyczne te obowiązują już od

dawna na klinice dermatologicznej U. S. B., są stosowane na Oddziele chorób skórnych i wenerycznych Szpitala wojskowego w Wilnie, a obecnie, zaakceptowane przez większość wybitnych syfilidologów polskich i przyjęte przez Radę Naukową Lekarską przy Z. U. S-ie, będą wprowadzane stopniowo do Ubezpieczalni Społecznych.

Zdaję sobie doskonale sprawę z tego, że wprowadzenie wytycznych oraz przeszkalanie systematyczne i wzorowe lekarzy w dziedzinie diagnostyki i lecznictwa chorób wenerycznych jest tylko cząstką całokształtu walki z chorobami wenerycznymi. Walkę tę należy przeprowadzić pod kierunkiem i według wskazań czynnika, najbardziej powołanego do dbałości o zdrowie obywateli, tj. Ministerstwa Opieki Społecznej Należałoby przede wszystkim udostępnić leczenie dla każdego osobnika, dotkniętego chorobą weneryczną (w krajach skandynawskich obowiązuje bezpłatne leczenie wszystkich chorych wenerycznie), prowadzić szeroką propagandę, wyjaśniającą ogółowi obywateli znaczenie chorób wenerycznych, rozszerzyć znacznie sieć dobrze wyposażonych przychodni przeciwwenerycznych oraz pracowni, gdzieby bezpłatnie przeprowadzano badania mikroskopowe i serologiczne u wszystkich, zgłaszających się lub przysyłanych przez lekarzy chorych, wreszcie zwrócić większą uwagę na wyszukiwanie źródeł zakażenia. Wszystkie te zarządzenia powinny być wprowadzone drogą ustawy.

Wytyczne dla leczenia chorych kiłowych.

Poniżej podane wytyczne lecznicze obejmują postępowanie w najczęściej spotykanych przypadkach kiły, a więc w przypadkach kiły wczesnej, kiły uogólnionej objawowej, kiły późnej, kiły wrodzonej, wreszcie w przypadkach kiły w okresie utajenia i kiły kobiet ciężarnych. W schematach tych nie uwzględniam przypadków kiły powikłanej, kiły narządów wewnętrznych, kości, stawów, oka, układu nerwowego oraz kiły złośliwej i endemicznej. Przypadki te bowiem wymagają troskliwego indywidualnego leczenia i powinny być przekazane do leczenia klinicznego lub szpitalnego lub, gdzie to jest możliwe, oddane pod opiekę lekarską specjalistów chorób wewnętrznych, chirurgicznych, nerwowych itd., przy czym jednak leczenie powinno być prowadzone w porozumieniu z lekarzem wenerologiem.

Sposób przeprowadzania zarówno poszczególnych cyklów leczniczych jak i całego leczenia chorego kiłowego, zaliczonego do jednej z wyżej wymienionych kategorii, obejmujących pewne określone okresy kiły, podaję dokładnie, ale dla przejrzystości możliwie krótko. Wskutek tego podane wytyczne lecznicze zawierają pewne luki, które mogą uwidocznić się w czasie leczenia przypadków, których przebieg będzie wykazywał mniej lub bardziej znaczne odbiegnięcia od normy. Jest to nieuniknione w chorobie o tak zmiennym, tak różnorodnym przebiegu, jaką jest kiła. Luki te i niejasności powinny być zawsze wyjaśnione przez porozumiewanie się ze specjalistami wenerologami. Poza tym dyskontuję już zgóry założenie, że wobec ustawicznej wytężonej pracy w dziedzinie syfilidologii i związanymi z tym postępami w diagnostyce i lecznictwie kiły, wytyczne podane poniżej będą musiały być z biegiem czasu usprawnione, a może i naginane do istniejących warunków życiowych.

Wytyczne podane poniżej są stosowane w Klinice Dermatologicznej U. S. B., nie odbiegają jednak ogólnie, a w większej części i w szczegółach od lecznictwa przeciwkiłowego w innych klinikach uniwersyteckich i większych oddziałach wenerologicznych w Polsce.

Przed podaniem właściwych wytycznych leczniczych zestawiam wszystkie czynności pomocnicze, które przed rozpoczęciem leczenia i w czasie samego leczenia powinny być obowiązkowo wykonywane przez lekarzy, przeprowadzających leczenie przeciwkiłowe.

A) Postępowanie celem ustalenia rozpoznania:

a) w kile wczesnej: badanie natychmiastowe wszystkich umiejscowionych na narządach płciowych nacieków i owrzodzeń mikroskopowo na krętki blade w zaciemnionym polu widzenia lub w preparatach tuszowych. Badać należy nie tylko nacieki o klasycznych cechach objawu pierwotnego, ale również wszystkie wykwity, owrzodzenia i nadżerki bardzo mało nawet w kierunku kiły podejrzane.

Leczenia kiłowego wczesnego nie wolno w żadnym przypadku rozpoczynać bez uzyskania decydującego czynnika rozpoznawczego, którym jest tylko stwierdzenie krętków bladych w wydzielinie nacieku, lub w punkcie gruczołów chłonnych. Najbardziej klasyczny wygląd kliniczny objawu pierwotnego nie może rozstrzygać o rozpoczęciu leczenia przeciwkiłowego. Jeżeli krętków bladych nie stwierdzi się już przy pierwszym badaniu, konieczne jest (przy ciągłym stosowaniu okładów z soli fizjologicznej) powtarzanie badania mikroskopowego nawet przez kilka dni z rzędu aż do ostatecznego uzyskania pewnego dowodu kiłowej etiologii schorzenia tj. krętków bladych. Należy przy pomocy wszystkich rozporządzalnych środków dążyć do szybkiego uzyskania pewności rozpoznania — z drugiej strony powtarzam — nie wolno nigdy rozpoczynać leczenia bez uzyskania tej pewności.

Kładę szczególny nacisk na badanie mikroskopowe na krętki w przypadkach kiły wczesnej, bo już zbyt dużo widziałem przypadków, leczonych jako kiła wczesna, które niestety kiłą nie były.

Badania serologiczne na OBW i odczyny kłaczkujące. Badania te powinny być przeprowadzone mimo stwierdzenia krętków bladych w preparatach mikroskopowych i powtarzane kilkakrotnie w przebiegu pierwszego leczenia, a to dla celów prognostycznych i dla ustalenia okresu kiły.

b) w kile uogólnionej objawowej: dokładne badania kliniczne zmian na skórze i błonach śluzowych, badania gruczołów chłonnych. Badanie serologiczne na OBW i odczyny kłaczkujące.

c) w okresie utajenia kiły: badanie gruczołów chłonnych. Badanie serologiczne na OBW. i odczyny kłaczkujące. W razie ujemnych odczynów ponowienie badania po pierwszym tygodniu leczenia (po prowokacji, jaką są pierwsze zabiegi lecznicze). Badanie układu naczyniowego. W 4-ym roku leczenia badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

d) w kile późnej: dokładne badanie kliniczne. Badanie narządu krążenia. Badanie serologiczne na OBW i odczyny kłaczkujące, w razie nasuwających się wątpliwości wykonanie próby luetynowej.

e) w kile wrodzonej: dokładne badanie kliniczne, zwrócenie uwagi na ewentualne zboczenia rozwojowe i nieprawidłowości, pozostające w związku z zaburzeniami gruczołów dokrewnych, a w kile wrodzonej później na istnienie „znamion kiły wrodzonej". Badania serologiczne, a w razie wątpliwości odczyn luetynowy. Badanie rentgenologiczne kości. Badanie kliniczne rodziców, zwłaszcza matki i dokładne wywiady.

f) w kile kobiet ciężarnych: dokładne badanie kliniczne nie tylko istniejących objawów kiły, ale i śladów po ewentualnie przebytej kile. Badania serologiczne, ewentualnie po prowokacji. Dokładne wywiady osobowe i rodzinne, przy czym należy zwracać uwagę na możliwe uprzednio niewczesne i przedwczesne porody.

Wyniki wszystkich podanych wyżej badań muszą być szczegółowo zanotowane w „karcie rejestracyjnej" chorego kiłowego.

B) Postępowanie ogólne po ustaleniu rozpoznania:

a) wciągnięcie jak najdokładniejsze wywiadów i wyniku badania do karty chorobowej chorego;

b) pouczenie dokładne chorego o istocie jego choroby i jej całkowitej uleczalności, o jej zakaźności i następstwach, o ko-

nieczności regularnego leczenia się i o rygorach, stosowanych w razie zaprzestania lub nieregularnego i niedbałego leczenia się, wreszcie o szkodliwości używania alkoholu i konieczności unikania potomstwa w okresie, ustalonym przez lekarza.

c) jak najszybsze rozpoczęcie i energiczne przeprowadzenie leczenia przeciwkiłowego według wytycznych, podanych niżej dla danego okresu kiłv.

W czasie leczenia:

a) przeprowadzanie co 10 — 14 dni badania moczu na ewentualną obecność zmian, świadczących o uszkodzeniu nerek lub wątroby;

b) dokładne obserwowanie możliwych objawów nieznoszenia stosowanych preparatów leczniczych [1]) i przeprowadzanie w tym kierunku wywiadów. W razie wystąpienia objawów nietolerancji, zastosowanie środków zapobiegawczych lub wysłanie chorego do leczenia klinicznego lub szpitalnego. Notowanie wszystkich tego rodzaju spostrzeżeń jak najdokładniej w karcie chorobowej chorego;

c) przestrzeganie regularnego zgłaszania się chorego do leczenia;

d) wpisanie do karty chorobowej po zakończeniu cyklu leczniczego ogólnej ilości zastosowanych preparatów leczniczych, uwag, które nasunęły się w czasie leczenia i terminu rozpoczęcia następnego leczenia.

Przy wstrzykiwaniu preparatów novarsenobenzolowych należy zwracać uwagę na należytą technikę wstrzykiwań. Preparat powinien być dobrze rozpuszczony i wstrzyknięty niezwłocznie po przygotowaniu. Wstrzyknięcie powinno być wykonane bardzo wolno. Strzykawki muszą być dobrze oczyszczone z nalotów tlenku arsenu.

O ile objawy nieznoszenia preparatów arsenobenzolowych są niezbyt silnie zaznaczone, można im zapobiec przez zmianę preparatu, obniżenie nieznaczne dawki lub odstępu między poszczególnymi wstrzyknięciami. Korzystnie działa niekiedy zmiana rozpuszczalnika dla preparatów arsenobenzolowych (zamiast wody destylowanej można stosować 40% glukozę, 10% calcium gluconatum, 10% natrium thiosulfuricum itd.), podanie doustne cukru gronowego w ilości 60 gr. w kawie lub herbacie, lub wstrzyknięcie podskórne $^1/_4$ — 1 mgr adrenaliny na 10 — 15 minut przed injekcją novarsenobenzolu.

W razie wystąpienia wstrząsu azotynowego należy natychmiast wstrzyknąć 1 mgr adrenaliny podskórnie, a w cięższych przypadkach nawet dożylnie.

Chorych z poważniejszymi objawami nietolerancji lub zatrucia należy odesłać do leczenia klinicznego lub szpitalnego.

Leczenie przypadków kiły wczesnej.

Wytyczne lecznicze podane poniżej powinny być stosowane w przypadkach kiły, zgłaszających się do lekarza rychło po zakażeniu, w okresie objawu pierwotnego, po stwierdzeniu krętków bladych w wydzielinie nacieku i po stwierdzeniu ujemnego OBW. i odczynów kłaczkujących. Leczenie tego rodzaju można stosować u osobników młodych do 45 roku życia, z wyłączeniem alkoholików, oraz osób dotkniętych poważniejszymi schorzeniami narządów wewnętrznych, szczególnej nerek, wątroby i układu krążenia, lub zaburzeniami przemiany materii. Można je również stosować, z dużą jednak ostrożnością, we wczesnym okresie kiły u kobiet ciężarnych.

Leczenie kiły wczesnej powinno mieć typ leczenia wczesnego, przedłużonego, niemal powszechnie przyjętego w klinikach derm. polskich i zagranicznych. Jest to leczenie przerywane, mieszane preparatami arsenobenzolowymi i bizmutowymi. Główny nacisk kładzie się na preparaty arsenobenzolowe, które w tym okresie kiły powinny być stosowane w możliwie wysokich dawkach i w dużej ilości ogólnej, przypadającej na jeden cykl leczniczy. Preparaty arsenobenzolowe mają bowiem według ogólnie przyjętych poglądów bardzo silne działanie krętkobójcze, zaznaczające się szczególnie wyraźnie w okresach wczesnych kiły, a więc w czasie, gdy krętki blade znajdują się w dużej ilości w naczyniach krwionośnych i chłonnych, gdzie są łatwiej dostępne działaniu niszczącemu chemoterapii arsenobenzolowej. W okresie tym stosujemy również drugi silny środek przeciwkiłowy, tj. preparaty bizmutowe w dużych dawkach i dużych ilościach.

Spośród preparatów arsenobenzolowych w klinikach dermatologicznych i oddziałach wenerologicznych szpitalnych polskich stosuje się najczęściej następujące preparaty: Novarsenobenzol, Novarsolen, neosalutan, neovarsen dla wstrzykiwań dożylnych i Sulfarsolan dla wstrzykiwań domięśniowych i dożylnych.

Spośród preparatów bizmutowych, mogących być stosowanymi w lecznictwie kiły najczęściej stosujemy:

Z grupy preparatów nierozpuszczalnych: Jodo-bizmutan chininy (analogiczny do francuskiego Quinby).

Bismuthum chaulmograe.

Bismuthyl. oxybenzoicum.

Bismutum subsalicylicum.

Z grupy preparatów rozpuszczalnych w tłuszczach: Neocardyl.

Z grupy preparatów rozpuszczalnych w lipoidach: Bismolip.

Jodobizmutan chininy zawiera	0.024	bizmutu	metalicznego	w 1 ccm.
Bismuthum Chaulmograe ,,	0.15	,,	,,	w 1 ampułce
Bismuthum oxybenzoicum ,,	0.05	,,	,,	w 1 ccm.
Bismuthum subsalicylium ,,	0.05-0.1	bizmutu	metalicznego	w 1 ccm. (zależnie od fabryki prod.).
Neocardyl ,,	0.075			1.5 ccm.
Bismolip ,,	0.025	,,	,,	w 1 ccm.

Ilości bizmutu metalicznego, zawartego w poszczególnych preparatach bizmutowych, podaję dokładnie, ponieważ jest to potrzebne do obliczania poszczególnych dawek i ogólnej ilości danego preparatu na jeden cykl leczniczy. Wszystkie wymienione powyżej preparaty zarówno arsenobenzolowe jak bizmutowe są wyrabiane przez firmy krajowe.

Jakość tych preparatów jest doskonała pod względem skuteczności działania i dobrego ich znoszenia i nie ustępuje w niczym preparatom zagranicznym.

(Przy omawianiu lecznictwa przeciwkiłowego będzie jeszcze mowa o preparatach arsenu 5-wartościowego, tj. o Acetylarsanie i Stowarsolu. Oba te preparaty są również wyrabiane w kraju. Znajdują się one w handlu w postaci ampułek ściśle dawkowanych (acetylarsan „dla dorosłych“ i „dla dzieci“) lub w postaci również ściśle dawkowanych tabletek (stowarsol a 0.25 tabletka), przy czym przy podawaniu wytycznych leczniczych zawsze dokładnie podaję ilość poszczególnych dawek i ilość ogólną na cykl leczniczy.

[1]) Najczęstszymi objawami nieznoszenia preparatów przeciwkiłowych, na które należy zwracać baczną uwagę i zapobiegać im możliwie wcześnie, są::

Przy podawaniu związków novarsenobenzolowych: Wstrząs azotynowy (crise nitritoide), podwyższenia ciepłoty, uszkodzenia nerek i wątroby, zmiany toksyczne skóry, uszkodzenia nerwu wzrokowego, lub nerwów obwodowych, wreszcie — niezmiernie rzadko — obrzęk surowiczy i wybroczynowy mózgu. Przy podawaniu preparatów bizmutowych:

Stany zapalne śluzówki jamy ustnej (najczęściej sinawoczarny obrąbek na dziąsłach tuż koło zębów), zaburzenia nerkowe, wątrobowe, żołądkowo-jelitowe, zmiany toksyczne skóry, podwyższenia ciepłoty („grippe bismuthique“), bóle i zawroty głowy, znaczniejszy spadek wagi.

Przy stosowaniu preparatów rtęciowych:

Zapalenia śluzówki jamy ustnej, zapalenia skóry i mieszków skórnych, zaburzenia jelitowe, podrażnienia nerek, podniesienia ciepłoty, wreszcie — rzadko — zapalenia wielonerwowe.

Dawki i rodzaj preparatów rtęciowych również podają szczegółowo we wskazaniach, dotyczących leczenia chorych, którzy wymagają leczenia rtęcią.

Leczenie kiły wczesnej, według typu leczenia wczesnego mieszanego przedłużonego, powinno się zacząć natychmiast po ustaleniu rozpoznania i to od wstrzyknięcia dożylnego Novarsenobenzolu (lub jednego z jego odpowiedników podanych powyżej) w dawce 0.3 u kobiety lub 0.45 u mężczyzny.

W razie dobrego znoszenia, dalsze wstrzykiwania powinny być stosowane w dawkach silniejszych i w okresach jak najwięcej ścieśnionych, a więc:

drugie wstrzyknięcie w 3 dni po pierwszym, w dawce 0.45;

trzecie wstrzyknięcie w 5 dni po drugim w dawce 0.45 u kobiet, a 0.6 u mężczyzn;

czwarte i dalsze wstrzyknięcie co 5 — 6 dni w dawkach 0.45 u kobiet i 0.6 u mężczyzn;

ósme i dalsze wstrzyknięcie co 6 — 7 dni w dawkach tych samych, przy czym w razie dobrego znoszenia można wstrzykiwać u kobiet na zmianę 0.45 i 0.6, a u mężczyzn 0.6 i 0.75.

Ogólna ilość wstrzykniętych dożylnie preparatów novarsenobenzolowych w 1-ym cyklu leczniczym kiły wczesnej powinna wynosić u kobiet łącznie co najmniej 5 (pięć) gramów, u mężczyzn co najmniej 6 (sześć) — do 7-iu (siedmiu) gramów. Dawki te, w razie dobrego znoszenia, mogą być nieco przekroczone.

W czasie prowadzenia leczenia Novarsenobenzolem, należy równocześnie prowadzić leczenie bizmutowe jednym z wymienionych wyżej preparatów, wstrzykując bizmut domięśniowo, w pośladki, i to o ile możności w tych dniach, w których nie podaje się Novarsenobenzolu.

Wszystkie wymienione powyżej preparaty, zarówno arsenobenzolowe, jak i bizmutowe są wyrabiane przez firmy krajowe.

Wstrzykiwania te rozpoczyna się nazajutrz, albo w dwa dni po pierwszym wstrzyknięciu Novarsenobenzolu i stosuje się je regularnie co 3 dni, albo dwa razy tygodniowo, aż do ukończenia pierwszego cyklu leczenia. Dobrze jest stosować zarówno preparaty nierozpuszczalne i rozpuszczalne w tłuszczach lub lipoidach i to w ten mniej więcej sposób, aby na każde dwa lub trzy wstrzyknięcia przetworów bizmutowych nierozpuszczalnych stosować jedno wstrzyknięcie bizmutu rozpuszczalnego w lipoidach lub tłuszczach (Neocardyl lub bismolip).

Ilość wstrzykiwań bizmutu w pierwszym cyklu leczniczym powinna wynosić najmniej 16, lepiej 18 lub 20. Jednorazowa dawka bizmutu powinna zawierać około 0.1 gr. metalicznego bizmutu z wyjątkiem jodo-bizmutanu chininy i bismolipu, które stosuje się w dawce 3 ccm, odpowiadającej 0.075 metalicznego bizmutu.

Cały okres pierwszego leczenia według podanego schematu trwa 8 — 10 tygodni, przy czym jest rzeczą ważną, aby w tym okresie przeprowadzać kilkakrotnie badania serologiczne krwi według Wassermanna i na odczyny kłaczkujące. Takież same badanie serologiczne powinno być wykonane po zakończeniu 1-go leczenia.

Przerwa między 1-ą a 2-ą kuracją w przypadkach kiły wczesnej trwa 4 (cztery, a wyjątkowo może być przedłużona do 5-u tygodni, po czym znowu po badaniu serologicznym i dokładnym badaniu klinicznym przeprowadza się drugie leczenie, odpowiadające zupełnie pierwszemu, zarówno pod względem wysokości, jak i ilości poszczególnych dawek bizmutu i Novarsenobenzolu.

Po ponownej 5-o tygodniowej przerwie następuje badanie krwi na OBW i odczyny kłaczkujące, dokładne badanie kliniczne i 3-ci cykl leczniczy o tym samym nasileniu.

W ten sposób chory, którego rozpoczęliśmy leczyć w okresie surowiczo ujemnym objawu pierwotnego (lues primaria seronegativa), przechodzi w pierwszym roku po zakażeniu trzy energiczne leczenia Novarsenobenzolowo-bizmutowe, z krótkimi okresami przerwy (4, 5, a w wyjątkowych przypadkach 6 tygodni między poszczególnymi cyklami leczniczymi).

Według zapatrywań pewnej liczby wenerologów, można w przypadkach kiły wczesnej leczonej w sposób podany wyżej, t. zn. bardzo energiczny, z małymi przerwami między poszczególnymi kuracjami i ze stale ujemnymi OBW. i odczynami kłaczkującymi w czasie i między poszczególnymi cyklami leczniczymi, leczenie zakończyć i przeprowadzić bardzo dokładną obserwację przez okres co najmniej dwuletni, wykonując w tym czasie dokładne kontrole kliniczne i serologiczne w 3-im, 7-ym i 12-ym miesiącu w pierwszym roku po ukończeniu leczenia, oraz w 6-ym i 12-ym miesiącu w drugim roku.

Większość jednakże klinicystów stoi na stanowisku więcej ostrożnym i każe chorego z kiłą wczesną leczyć jeszcze w drugim roku po zakażeniu, przeprowadzając w 6 — 8 tygodni po trzecim leczeniu, leczenie czwarte, w 8 — 12 tygodni po czwartym leczeniu jeszcze 5-ą kurację. W leczeniach tych korzystnie jest, wobec spotykanego często pojawiania się stopniowego nieznoszenia preparatów novarsenobenzolowych, zmienić preparaty te na inne (na przykład Novarsenobenzol na Novarsolen lub neosalutan) lub zastąpić je wstrzykiwaniami domięśniowymi Sulfarsolanu lub Acetylarsanu.

Również dawki poszczególne i ogólne preparatów novarsenobenzolowych powinny być w 4-ej i 5-ej kuracji nieco mniejsze. U kobiet nie powinniśmy przekraczać dawki 0.45 gr, u mężczyzn 0.6 gr novarsenobenzolu. Ogólną ilość NS na leczenie około 4 gr. u kobiet, 4.5 — 5-u gr. u mężczyzn. (W razie zastąpienia NS przez Sulfarsolan, należy wstrzykiwać go domięśniowo w tych samych dawkach poszczególnych i ogólnych co Novarsenobenzol. Acetylarsan wstrzykuje się dwa razy tygodniowo po pełnej ampułce „dla dorosłych", 15—16 wstrzykiwań na jeden cykl leczniczy).

W trzecim i czwartym roku po zakażeniu muszą być przeprowadzone dokładne badania kontrolne kliniczne i serologiczne w odstępach 4 — 6 miesięcznych.

Po zakończeniu obserwacji należy chorego przesłać do kliniki lub na wenerologiczny oddział szpitalny, celem wykonania badania płynu mózgo-rdzeniowego. Jeżeli wszystkie badania kontrolne i badanie płynu mózgo-rdzeniowego wypadną ujemnie, leczenie i obserwację uważamy za zakończone.

O ile, czy to z winy chorego (nieregularne zgłaszanie się do leczenia), czy też z powodu nieznoszenia przez niego leków w przepisanych dawkach, leczenie nie będzie przeprowadzone tak energicznie, jak tego wymaga leczenie kiły wczesnej, — lub też jeżeli którakolwiek z prób serologicznych w czasie leczenia lub w czasie kontroli wypadnie silnie lub słabo dodatnio (w przypadkach wątpliwych należy badanie natychmiast powtórzyć), dany przypadek musi być już nadal leczony, według wytycznych

podanych dla leczenia przypadków kiły uogólnionej objawowej.

Leczenie kiły uogólnionej objawowej.

Wytyczne lecznicze podane poniżej obejmują przypadki: kiły drugorzędnej, kiły pierwotnej wczesnej surowiczo dodatniej, oraz te przypadki kiły pierwotnej wczesne, gdzie wprawdzie rozpoczęto leczenie z ujemnym OBW i ujemnymi odczynami kłaczkującymi, ale gdzie w czasie leczenia lub w przerwach między poszczególnymi cyklami leczniczymi pojawił się OBW lub odczyny kłaczkujące, chociażby przemijająco dodatnie. Tutaj też należy zaliczyć przypadki kiły wczesnej, gdzie z jakichkolwiek powodów nie udało się przeprowadzić leczenia energicznego, w myśl wytycznych leczniczych podanych dla kiły wczesnej.

W przypadkach powyżej wymienionych stosujemy metodę, przyjętą niemal powszechnie w klinikach uniwersyteckich polskich i niemieckich, tj. t. zw. leczenie przewlekłe przerywane mieszane.

Polega ono na stosowaniu przez 3 do 4-ch lat leczenia, składającego się z kilku cyklów leczniczych, oddzielonych mniejszymi, potem coraz dłuższymi przerwami. Leczenie to jest bardzo podobne do stosowanego w kile wczesnej, przede wszystkim dlatego, że wstrzykujemy chorym takie same preparaty lecznicze, tj. głównie Novarsenobenzol i bizmut oraz w tych samych mniej więcej dawkach.

Różnice są następujące:

a) nie wolno zaczynać leczenia, szczególnie w okresie wysypkowym od wstrzyknięcia preparatów arsenobenzolowych, lecz poprzedza się je zawsze 2-ma lub 3-ma wstrzyknięciami domięśniowymi bizmutu.

b) przerwa między 2-im, a 3-im leczeniem może być nieco dłuższa (do 6-iu tygodni), a między 3-im a 4-ym leczeniem może wynosić około 8 — 10 tygodni;

c) poszczególne dawki Novarsenobenzolu stosuje się nieco mniejsze, np. u kobiet po pierwszej dawce 0.3 gr. można już wszystkie dawki następne podawać po 0.45 gr, a u mężczyzn wstrzykiwać naprzemian 0.45 i 0.6 gr.;

d) ogólna ilość preparatów arsenobenzolowych może wynosić już tylko 4.5 (co najmniej) u kobiet, a 5.5 -- 6.0 gr. u mężczyzn na jeden cykl leczniczy.

Bizmut wstrzykiwać należy w tych samych dawkach, jak w leczeniu kiły wczesnej i w tych samych ilościach ogólnych, tj. około 0.08, potem 0.1 bizmutu metalicznego na dawkę (patrz obliczenia w schemacie leczenia kiły wczesnej) i 16—18 wstrzykiwań na jeden cykl leczniczy, powtarzanych dwa razy tygodniowo.

Przed każdym leczeniem, a więc zarówno przed 2-im, 3-im, 4-ym i dalszymi cyklami leczniczymi, konieczne jest zbadanie surowicy krwi na OBW i na odczyny kłaczkujące, oraz zbadanie moczu na białko i barwiki żółciowe. Badania moczu przeprowadza się potem kilkakrotnie w czasie leczenia w odstępach 10 — 14 dniowych.

Musimy również zwracać baczną uwagę na ewentualne objawy uboczne, możliwe przy leczeniu arsenobenzolowo-bizmutowym (wstrząs azotynowy, zapalenie dziąseł, dreszcze, podniesienia gorączki, wysypki skórne, wybroczyny, uczucie swędzenia, nudności, wymioty, zawroty głowy, uczucie osłabienia itd.) i starać się im przeciwdziałać, a gdy to jest niemożliwe, zmniejszyć nasilenie leczenia i zasięgnąć opinii specjalisty wenerologa lub przesłać do leczenia klinicznego lub szpitalnego.

Dalsze leczenia, tj. 5-e, 6-e i ewentualnie dalsze przegradzamy jeszcze nieco większymi pauzami, mogącymi wynosić około 10 tygodni.

W razie dobrego znoszenia przez chorych preparatów arsenobenzolowych i bizmutowych w uprzednich leczeniach, można nadal stosować te same preparaty i to w tych samych dawkach i tych samych odstępach czasu jak w 3-im leczeniu.

Można je również zmieniać na inne preparaty np. Novarsenobenzol na Sulfarsolan (w tych samych dawkach) lub na preparaty 5-o wartościowego arsenu (tj. Acetylarsan dla dorosłych). Leki te, tj. zarówno Sulfarsolan jak Acetylarsan można stosować dożylnie lub domięśniowo. Acetylarsan wstrzykuje się 2 razy tygodniowo po jednej całej ampułce „dla dorosłych", łącznie około 15 wstrzykiwań na jeden cykl leczniczy.

Dobrze jest zmieniać preparaty bizmutowe na inne, z tym zastrzeżeniem, aby zachować przepisaną zawartość bizmutu metalicznego na jedną dawkę.

Można także w 6-ym leczeniu zamiast bizmutu stosować preparaty rtęciowe (zawiesiny nierozpuszczalnych związków rtęciowych w olejku migdałowym, lub w oliwie, wreszcie w parafinie płynnej), np. 10% zawiesinę salicylanu rtęci po 1 ccm na dawkę dwa razy tygodniowo.

Dalsze postępowanie lecznicze uzależniamy od wyników badań surowicy krwi leczonych chorych na OBW i odczyny kłaczkujące.

Jeżeli OBW i odczyny kłaczkujące są już przed drugim leczeniem ujemne i utrzymują się jako ujemne przez cały dalszy okres leczenia, — możemy już po przeprowadzeniu 5-iu pełnych leczeń, według podanego wyżej schematu, przerwać leczenie i poddać chorego dokładnej 3-letniej obserwacji, badając go 3, a potem 2 razy rocznie nie tylko klinicznie, ale i serologicznie na OBW i odczyny kłaczkujące i wreszcie wykonać w 4-ym roku po zakończeniu, w szpitalu lub klinice, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

Jeżeli wszystkie te próby wypadną ujemnie, uważamy chorego za wyleczonego. O ile w czasie leczenia pojawią się nawroty kliniczne, lub OBW i odczyny kłaczkujące utrzymują się dłużej dodatnio, leczenie przeciwkiłowe musi być prowadzone znacznie dłużej. W każdym razie należy koniecznie przeprowadzić co najmniej 3 pełne leczenia od czasu pojawienia się pierwszego OBW i odczynów kłaczkujących ujemnych. O ile więc np. OBW ujemny stwierdzimy dopiero przed 5-ym leczeniem, musimy przeprowadzić co najmniej 7 pełnych leczeń, po czym czas obserwacji po skończonym leczeniu należy rozciągnąć na pełne 3 lata, badając płyn mózgowo-rdzeniowy na początku i — w razie wyniku ujemnego — na końcu obserwacji.

W razie utrzymywania się stale OBW dodatniego (kiła surowiczo oporna) mimo energicznego i często zmienianego leczenia, musimy uciec się do leczenia pomocniczego. Stosujemy wówczas jako leczenie pomocnicze, dopełniające leczenie nieswoiste bodźcowe, tj. leczenie szczepionkami, wywołującymi gorączkę, leczenie przegrzewaniem przy pomocy diatermii krótkofalowej lub współleczenie ostrymi chorobami zakaźnymi, głównie zimnicą.

Leczenie tego rodzaju musi być przeprowadzone w klinikach dermatologicznych, oddziałach wenerycznych szpitalnych lub w klinikach, lub oddziałach neurologicznych, dlatego nie podaję tu schematu leczniczego dla tego rodzaju postępowania.

Poza systematycznym badaniem surowicy krwi na OBW i odczyny kłaczkujące (według schematu podanego powyżej), obowiązkiem lekarza, leczącego chorych

kiłowych, jest wysyłanie każdego chorego kiłowego w 4-ym roku po zakażeniu (najpóźniej z początkiem 5-go roku) do zbadania płynu mózgo-rdzeniowego. O ile badanie takie da wynik dodatni (bardzo często dzieje się to przy równoczesnym OBW i odczynach kłaczkujących ujemnych w surowicy krwi), chorego takiego należy leczyć nadal bardzo energicznie i to w sposób zależny od zmian chorobowych, wykazywanych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Jeżeli zmiany chorobowe są nieznaczne, polegające na niewielkiej hyperalbuminozie i hypercytozie, możemy zastosować normalne energiczne leczenie arsenobenzolowo-bizmutowe w kilku cyklach, a po okresie 18 — 24 miesięcznym przeprowadzić ponowne badanie płynu mózgo-rdzeniowego i w razie wyniku korzystnego zakończyć leczenie.

Jeżeli natomiast zmiany chorobowe w płynie mózgo-rdzeniowym są silne, t. zn. jeżeli OBW i odczyny koloidalne wypadną dodatnio, obowiązkiem naszym jest przeprowadzić u danego chorego leczenie dopełniające szczepioną zimnicą; przy czym zawsze przed rozpoczęciem leczenia powinniśmy zbadać tolerancję chorego na chininę. Zaszczepienie zimnicy powinno być poprzedzone 5 — 6-o tygodniowym leczeniem mieszanym preparatami arsenobenzolowymi i bizmutowymi, przeprowadzonym ambulatoryjnie. W okresie, w którym mają już wystąpić ataki zimnicze, należy przesłać chorego do szpitala lub kliniki.

W czasie leczenia zimnicą, które powinno obejmować około 10-iu ataków — nie podaje się nigdy preparatów arsenowych (które mogą przerwać a przynajmniej znacznie osłabić ataki zimnicze), natomiast możemy u chorych dobrze znoszących leczenie, wstrzykiwać bizmut w odstępach nieco większych niż normalnie (co 5 dni). Po przerwaniu napadów zimnicy chininą przeprowadza się w dalszym ciągu energiczne leczenie przeciwkiłowe preparatami arsenobenzolowymi i bizmutem, przy czym powinniśmy podać łącznie około 16 — 20 wstrzykiwań bizmutu oraz 4.5 (u kobiet) do 6.0 gr. Noversanobenzolu (u mężczyzn).

Po skończeniu takiego leczenia dopełniającego, leczymy chorego nadal przez okres około 2-letni, przy czym korzystna jest zmiana preparatów arsenowych trójwartościowych na pięciowartościowe (acetylarsan) lub na sulfarsolan, wstrzykiwany domięśniowo, a preparatów arsenowych trójwartościowych na pięciowartościowe (acetylarsan) lub na sulfarsolan, wstrzykiwany domięśniowo, a preparatów bizmutowych częściowo na rtęciowe (np. wcierania rtęciowe lub wstrzykiwania 10% salicylanu rtęci mniej więcej do połowy cyklu leczniczego, a potem leczenie bizmutem i to o ile możności zmienionym preparatem). W razie utrzymywania się nadal dodatnich odczynów w płynie mózgowo-rdzeniowym, można jeszcze raz, a nawet parokrotnie przeprowadzić leczenie bodźcowe, skojarzone z leczeniem swoistym, według podanego wyżej schematu.

Leczenie chorych w okresie utajenia kiły.

t. zn w okresie, gdzie nie ma żadnych objawów klinicznych, ale stwierdza się istnienie kiły przez:

a) dodatni OBW. lub dodatnie odczyny kłaczkujące w surowicy;

b) dodatnie odczyny w płynie mózgo-rdzeniowym;

c) przeniesienie kiły na potomstwo lub podejrzane porody niewczesne i przedwczesne u kobiet, które wprawdzie nie mają klinicznych ani serologicznych objawów kiły, ale kiłę przechodziły i są rzekomo wyleczone.

Chorych takich powinno się leczyć zwłaszcza wówczas, gdy zamierzają wstąpić w związki małżeńskie.

Zaliczyć tutaj należy również osobników, u których stwierdzono schorzenia narządów wewnętrznych (zwłaszcza narządu krążenia) o tle prawdopodobnie kiłowym, i próbne leczenie swoiste wykazało wyraźną poprawę. Zdarza się to np. przy miażdżycy tętnic, gdzie czasem mimo ujemnego OBW i braku zmian w płynie mózgo-rdzeniowym, próbne leczenie przeciwkiłowe prowadzone „ex juvantibus“ doprowadza do wyraźnej poprawy i zdradza przez to kiłowe podłoże schorzenia.

Leczenie chorych w okresie utajenia kiły należy prowadzić w sposób rozmaity, a to w zależności od istoty zmian chorobowych i od późniejszego czy wcześniejszego okresu choroby.

W kile bezobjawowej wczesnej (także dotychczas niesystematycznie leczonej), w przypadkach z dodatnim OBW i zmianami w płynie mózgo-rdzeniowym, u kobiet rodzących dzieci kiłowe przeprowadzić należy energiczne 2 i pół — 3-letnie leczenie przerywane mieszane przewlekłe według wytycznych, podanych przy leczeniu kiły uogólnionej (wczesnej), kładąc główny nacisk na wstrzykiwania preparatów arsenobenzolowych i bizmutowych.

U chorych z kiłą bezobjawową późną np. ze schorzeniami narządów wewnętrznych o przypuszczalnym tle kiłowym, leczenie powinno być znacznie łagodniejsze. Preparatów arsenobenzolowych można w ogóle nie wstrzykiwać, albo wstrzykiwać je oględnie tj. w małych dawkach (0.3) i w dużych odstępach czasu (co 7 — 10 dni), a kłaść główny nacisk na leczenie bizmutem (szczególnie bizmolipem lub jodobizmutanem chininy) lub rtęcią (wcierania).

U chorych tej ostatniej grupy należy też podawać pomocniczo przetwory jodowe, zarówno w okresie leczenia jak i między leczeniami i to szczególniej jodek potasu w ilości 2 — 3 gr. dziennie, np. według recepty: Kali jodati 10.0, Aq. destil. 180.0, Natri bicarbon. 2.0; 3 razy dziennie po łyżce stołowej w mleku.

Leczenie kiły późnej.

Zaliczamy tu zmiany trzeciorzędne skóry i błon śluzowych (zmiany późne układu nerwowego przekazujemy do leczenia neurologom).

Przypadki te nie wymagają już tak energicznego leczenia jak w wyżej podanych wytycznych leczniczych. Możemy wprawdzie również w kile trzeciorzędnej, szczególniej u osobników młodych, stosować leczenie przewlekłe, mieszane, przerywane, ale o znacznie mniejszym nasileniu zarówno co do siły poszczególnych cyklów leczniczych jak i całego okresu leczenia.

Zamiast novarsenobenzolu bezpieczniej i korzystniej jest stosować sulfarsolan lub acetylarsan domięśniowo, o ile zaś stosujemy już novarsenobenzol, to powinniśmy podawać go w mniejszych ilościach (łącznie 2 — 3 gr. na jedno leczenie). Możemy jednak również i tu, szczególniej u osobników starszych, z powodzeniem stosować leczenie wyłącznie metalami tj. bizmutem lub rtęcią i dołączać pomocniczo przetwory jodowe.

W przypadkach trzeciorzędnych kiły późnej stosujemy szczególniej u ludzi starszych zwykle na ogół 3 cykle lecznicze 2-miesięczne z przerwami około 3 — 4 miesięcznymi i polecamy choremu zgłaszać się co kilka (4 — 6 miesięcy) do obserwacji.

Leczenie kiły wrodzonej.

Leczenie kiły wrodzonej możemy podzielić na:

a) zapobieganie kile wrodzonej,

b) leczenie płodów zakażonych w łonie matki,

c) leczenie dzieci urodzonych z objawami kiły wrodzonej,

d) leczenie dzieci, u których w czasie późniejszym stwierdzono kilę wrodzoną.

Zapobieganie kile wrodzonej polega na energicznym leczeniu kiłowych kobiet zamężnych, zwłaszcza w wypadku zajścia ich w ciążę (patrz schemat leczenia kiłowych kobiet ciężarnych).

Leczenie matek kiłowych w okresie ciąży może: a) Być rozpoczęte w pierwszych miesiącach ciąży i być na tyle energiczne, że zdoła zapobiec zakażeniu płodu. Wówczas wynikiem leczenia będzie urodzenie żywego i zdrowego dziecka. b) O ile leczenie przeciwkiłowe ciężarnych zostało rozpoczęte późno, (pod koniec czwartego i w późniejszych miesiącach ciąży) a więc już po ewentualnym przejściu krętków bladych drogą łożyska i po zakażeniu płodu, to i wówczas, jeżeli leczenie było bardzo energiczne, a płód w czasie rozpoczęcia leczenia znajdował się w bardzo wczesnym okresie kiły, wynikiem leczenia może być urodzenie żywego i zdrowego dziecka. c) Jeżeli leczenie było niedostateczne, lub rozpoczęte zbyt późno, może (ale nie musi) urodzić się dziecko zakażone kiłą, u którego albo zaraz po urodzeniu, albo w późniejszych latach stwierdzić będzie można objawy kliniczne lub serologiczne kiły wrodzonej. Jest rzeczą naturalną, że wobec uprzedniego leczenia matki wraz z płodem w jej łonie się znajdującym, objawy kiły zwłaszcza w początkach będą mniej nasilone i trudniej dostępne naszemu badaniu. Dlatego też obowiązkiem lekarza, wiedzącego o kile matki, jest dzieci takie bardzo dokładnie przebadać i poddać je długiej obserwacji, przy czym powinno się kłaść szczególną wagę na badania serologiczne, które przy równoczesnym b. dokładnym badaniu klinicznym niemowlęcia muszą być przeprowadzone w pierwszym roku bardzo często, początkowo co 4 tygodnie, potem co dwa miesiące. Doskonałym środkiem pomocniczym dla stwierdzenia kiły wrodzonej są badania rentgenologiczne kości, które zawsze w wypadkach wątpliwych powinniśmy przeprowadzać. W razie stwierdzenia w podobnych przypadkach objawów klinicznych czy serologicznych kiły, powinniśmy natychmiast rozpocząć energiczne leczenie.

Odpowiada to poglądom nowoczesnym syfilidologów, którzy na podstawie bardzo licznych obserwacji twierdzą, że wyniki lecznicze w kile wrodzonej są bez porównania lepsze, gdy wcześnie rozpoczynamy leczenie. Zaznaczam tu jednakże, że mimo iż wiemy, że leczenie wcześnie rozpoczęte daje o tyle lepsze rezultaty, niż rozpoczęte w okresie późniejszym, n i e p o w i n n i ś m y n i g d y r o z p o c z y n a ć l e c z e n i a p r z e c i w k i ł o w e g o b e z u s t a l o n e g o r o z p o z n a n i a k i ł y w r o d z o n e j.

Właściwe leczenie kiły wrodzonej przeprowadza się według reguł zalecanych w kile dorosłych, a więc powinno ono być możliwie j a k n a j w c z e ś n i e j r o z p o c z ę t e, e n e r g i c z n i e i r ó w n i e ż d ł u g o i s y s t e m a t y c z n i e p r o w a d z o n e.

Ułatwia to fakt, stwierdzany powszechnie, że niemowlęta i dzieci znoszą znacznie lepiej preparaty zarówno arsenobenzolowe jak bizmutowe i rtęciowe, jak dorośli.

Leczenie powinno być przeprowadzane długo i systematycznie, nawet mimo pozornie szybkich korzystnych wyników leczenia, tj. braku nawrotów klinicznych i serologicznych. Leczenie w najkorzystniejszych przypadkach powinno trwać 3 — 4 lat, przy czym przerwy w pierwszym roku leczenia nie powinny być dłuższe jak 6 a potem 8 tygodni. W drugim roku leczenia możemy przerwy przedłużyć od 2 i pół do 3 miesięcy, a w 3-im i 4-ym roku leczenia, przy dobrych wynikach badania OBW i odczynów kłaczkujących nawet do 6-ciu miesięcy.

D a w k i poszczególnych leków są w kile wrodzonej zmienne, zależne od wieku i wagi dziecka, czy niemowlęcia. Leczenie rtęcią w przypadkach kiły wrodzonej ma bardzo dużo zwolenników, zwłaszcza wśród lekarzy chorób dzieci. Bardzo korzystne jest niewątpliwie leczenie naprzemienne rtęcią i bizmutem, obok stosowanych równocześnie i przede wszystkim preparatów arsenowych.

W leczeniu kiły wrodzonej u dzieci, a zwłaszcza niemowląt, należy mieć na uwadze trudną często technikę wstrzykiwań dożylnych. Trudności te można czasem usunąć, wstrzykując preparaty arsenobenzolowe do żył czaszkowych lub nawet do żyły szyjnej. Poza tym znakomitym ułatwieniem lecznictwa kiły wrodzonej preparatami arsenobenzolowymi jest wprowadzenie do lecznictwa wyrabianego w kraju s u l f a r s o l a n u, preparatu bardzo wartościowego, który może być wstrzykiwany z a r ó w n o d o ż y l n i e j a k d o m i ę ś n i o w o, bez powodowania znaczniejszej bolesności miejscowej. Można też stosować w kile wrodzonej, zwłaszcza w późniejszych leczeniach, przetwory arsenu pięciowartościowego, a mianowicie Acetylarsan i ewentualnie (mniej korzystne wyniki) Stowarsol.

W uwzględnieniu powyższych uwag wstępnych, wytyczne leczenia kiły wrodzonej przedstawiają się jak następuje:

1-e leczenie powinno być rozpoczęte jak najrychlej po ustaleniu rozpoznania. Leczenie to jest leczeniem mieszanym arsenobenzolowo-bizmutowym, trwającym od 8-u (tylko w wypadku złego znoszenia) do 12-tu tygodni.

Rozpoczyna się je od preparatów bizmutowych, a dopiero po 8-u do 10 dniach dołączamy stosowanie preparatów novarsenobenzolowych.

Dawki bizmutu obliczamy w stosunku ilości bizmutu metalicznego na 1 klg wagi ciała, stosując 1 mlgr na kilo wagi i powtarzając wstrzykiwania co 6 dni u niemowląt do 1-go roku życia, co 5 dni u dzieci 2—3 letnich i dwa razy tygodniowo u dzieci 4 letnich i starszych.

Jeden cykl leczniczy obejmuje 14 — 18 wstrzykiwań bizmutu. W razie ewentualnego złego znoszenia bizmutu, zastępujemy go rtęcią i próbujemy ponownie podawania bizmutu dopiero w następnych cyklach leczniczych.

Rtęć stosuje się: a) (w postaci wcierań szaruchy) 0.1—0.15 gr na kilogram wagi dziecka (przy czym wobec częstych kąpieli dzieci, powinno się stosować wcierania zawsze po kąpieli, aby działanie rtęci było jak najdłuższe).

Jednorazowe wcieranie trwa około 15 minut (najmniej). Powtarza się je codziennie przez 6 dni, wcierając maść w coraz to inną okolicę ciała, po czym następuje jeden dzień przerwy i kąpiel oczyszczająca.

Po wcieraniu rtęci nie powino się wietrzyć pokoju, aby chore dziecko mogło przez dłuższy czas wdychiwać pary rtęci. Wiemy bowiem, że część rtęci zamienia się w czasie wcierania w parę i także drogą wdychiwania dostaje się do ustroju. Na jedną kurację stosować należy 40—50 wcierań.

b) w postaci wstrzykiwań domięśniowych zawiesin preparatów nierozpuszczalnych i to najlepiej salicylanu rtęci.

Wstrzykiwania powtarza się u niemowląt co 3 dni w dawce 0.001 gr salicylanu rtęci na kilo wagi, u dzieci powyżej 1 i pół roku w dawce 1.5—2 mlgr na kilo wagi.

Stosowanie rtęci w postaci kąpieli sublimatowych lub preparatów podawanych doustnie ma bardzo słabe działanie.

Novarsenobenzol wstrzykujemy dożylnie w ilościach 0.005 gr. na kilogram wagi dziecka (pierwsze wstrzyknięcie) i zwiększamy dawkę zwolna i stopniowo, dając już przy 5-ym wstrzykiwaniu 0.02 gr na dawkę i 1 klgr wagi ciała i na tej dawce pozostajemy już do końca leczenia.

Łączna ilość wstrzykiwań Novarsenobenzolu w czasie jednego cyklu leczenia wynosi 8—10, przy czym wykonuje się je w odstępach 6—7-o dniowych.

Gdy napotykamy na trudności w wstrzykiwaniach dożylnych Novarsenobenzolu, zastępujemy go z powodzeniem sulfarsolanem, wstrzykiwanym w tych samych dawkach domięśniowo.

Dawki Novarsenobenzolu i Sulfarsolanu, podane powyżej, są w stosunku do wagi ciała znacznie wyższe niż dawki wstrzykiwane u dorosłych. Są one jednak mimo tego naogół znakomicie znoszone.

Dawki bizmutu podane powyżej są również stosunkowo wysokie. Są one jednak również według spostrzeżeń z lat ostatnich (a mimo panujących dawniej uprzedzeń do podawania bizmutu u niemowląt i w ogóle w kile wrodzonej) i doskonale znoszone w przeważającej liczbie przypadków i bardzo skuteczne.

Po ukończeniu pierwszego cyklu leczniczego w sposób wyżej podany, badamy po 6-tygodniowej przerwie krew na OBW i odczyny kłaczkujące i przeprowadzamy drugie leczenie według takiego samego schematu jak leczenie pierwsze.

Trzecie, czwarte i następne leczenia w kile wrodzonej prowadzimy również jako leczenia mieszane arseno-bizmutowe, względnie arseno-rtęciowe, przy czym powinniśmy zmieniać preparaty novarsenobenzolowe, względnie sulfarsolan na pochodne arsenu pięciowartościowego, a więc na acetylarsan „dla dzieci".

Acetylarsan „dla dzieci" (9.4% As) stosuje się w ilości 0.15 ccm na kilo wagi dziecka domięśniowo, dwa razy tygodniowo, u dzieci poniżej 1-ego roku co 5 dni.

W przypadkach złego znoszenia zarówno preparatów arsenobenzolowych, jak Acetylarsanu, można zastąpić je Stowarsolem. Jest to jednak leczenie znacznie mniej energiczne, i dlatego powinno się je stosować tylko w wyjątkowych przypadkach.

Stowarsol podaje się doustnie, na czczo, w postaci tabletek, zaczynając od dawek bardzo małych tj. 0.01 na dobę i zwiększając dawkę dobową zwolna, przy dobrym znoszeniu leku do 0.25 gr. (oprócz innych zatruć, podobnych do szkód poarsenobenzolowych pojawiają się w czasie leczenia stowarsolem niekiedy zaburzenia żołądkowo-jelitowe).

Jeden cykl leczenia Stowarsolem powinien trwać 8—10 tygodni, przy czym po każdych 6-u dniach zażywania stowarsolu zarządza się 4-o dniową przerwę.

W kile wrodzonej należy przeprowadzić badania serologiczne na O.B.W. i odczyny kłaczkujące równie często jak w kile u dorosłych.

Zakończenie leczenia.

Po trzy do czteroltnim, a w przypadkach opornych po 5-cioletnim okresie leczenia, należy wykonać badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, a w razie dodatnich odczynów zastosować leczenie dopełniające, bodźcowe i to najlepiej szczepioną zimnicą, którą dzieci znoszą bardzo dobrze.

W razie stale ujemnych, długo utrzymujących się odczynów serologicznych i ujemnego wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, przerywamy leczenie i rozpoczynamy długi okres obserwacji, który powinien nawet w razie bardzo korzystnych wyników leczniczych trwać aż do okresu pokwitania.

Leczenie kiły u kobiet ciężarnych.

Leczenie kiły u kobiet ciężarnych ma podwójne znaczenie, zmierza bowiem nie tylko do uleczenia kobiety kiłowej, ale i do zapobieżenia zakażenia potomstwa, powinno być więc przeprowadzone, w miarę możności, jak najenergiczniej, a przede wszystkim z jak najmniejszymi przerwami między poszczególnymi cyklami leczniczymi.

Leczenie ciężarnych powinniśmy rozpocząć jak najrychlej z chwilą stwierdzenia zajścia w ciążę kobiety, która uprzednio była na kiłę leczona.

Energiczne leczenie przeciwkiłowe prowadzimy nawet u tych kobiet ciężarnych, które były uprzednio wystarczająco i systematycznie leczone i nie mają ani klinicznych ani serologicznych objawów kiły.

Leczenie w czasie ciąży różni się nieco od normalnego leczenia mieszanego novarsenobenzolo-bizmutowego przerywanego, stosowanego w okresach wczesnej kiły. Stosujemy nieco mniejsze dawki poszczególne, zarówno Novarsenobenzolu jak bizmutu przy dłuższym trwaniu jednego cyklu leczniczego, oraz krótszych przerwach między poszczególnymi leczeniami.

Leczenie kiły u kobiet ciężarnych rozpoczynamy wstrzykiwaniem domięśniowym bizmutu (0.08 bi metalicznego na dawkę) i powtarzamy tego rodzaju wstrzykiwania przez 2—2 i pół miesięcy dwa razy tygodniowo.

Po 2 wstrzykiwaniach bizmutu dołączamy leczenie novarsenobenzolowe, wstrzykując dożylnie po 0.3 gr., potem po 0.45 gr co 5 — 7-u dni.

Po ukończeniu pierwszego cyklu leczniczego — po 2—3 tygodniowej przerwie, rozpoczynamy drugi cykl leczenia, podobny pod względem dawkowania i po ponownej pauzie 2—3 tygodniowej — trzecie leczenie.

Regułą jest prowadzenie leczenia aż do ostatnich dni ciąży. Leczenie, według podanych wytycznych leczniczych, znoszą ciężarne zwykle bardzo dobrze.

W razie złego znoszenia preparatów arsenobenzolowych, próbujemy zastąpić Novarsenobenzol takimi samymi dawkami Sulfarsolanu, wstrzykiwanymi dożylnie lub domięśniowo, lub, co ma nieco słabsze działanie, Acetylarsanem wstrzykiwanym 2 razy tygodniowo po pełnej ampułce „dla dorosłych" również dożylnie albo domięśniowo.

Kobieta ciężarna, leczona według podanych wytycznych leczniczych, rodzi prawie z reguły dziecko donoszone i zdrowe. Mimo tego, powinno się dziecko takie dokładnie obserwować przez okres kilkuletni, według niektórych autorów aż do czasu pokwitania.

Dalsze leczenie kobiety kiłowej po urodzeniu dziecka przeprowadzamy w zależności od okresu kiły w jakim się znajdowała w czasie ciąży, a więc albo według schematu dla kiły wczesnej, uogólnionej objawowej lub kiły w okresie utajenia (patrz odpowiednie schematy).

U kobiety ciężarnej, której mąż przechodził kiłę i znajdował się w czasie zapłodnienia w okresie bezobjawowym klinicznie i serologicznie, a która sama nigdy nie miała stwierdzonej kiły i nie była leczona, a w czasie ciąży miała OBW i odczyny kłaczkujące ujemne, nie powinniśmy przeprowadzać leczenia. Obowiązkiem natomiast naszym jest przeprowadzać w czasie ciąży kilkakrotnie dokładne badania kliniczne i serologiczne.

Jak powinna wyglądać organizacja walki społecznej z chorobami wenerycznymi.

Dr. JAN GOĆKOWSKI, Adiunkt Kliniki Dermatologicznej U. J. P.

Tak zwane choroby weneryczne przenoszą się najczęściej przez obcowanie płciowe osoby zdrowej z chorą, chociaż wielki odsetek chorych pada ofiarą zakażeń poza płciowych przez bezpośrednie zetknięcie się z osobą chorą (pocałunek, ugryzienie, wspólne spanie i t. p.) lub pośrednie przez przedmioty codziennego użytku (wspólne naczynia, ręczniki, sedesy, wanny, fajki, papierosy, szczoteczki do zębów i t. p.), oraz zakażenia zawodowe podczas wykonywania zabiegów zakażonymi nieczystymi narzędziami: u fryzjerów, manikurzystek i pedikurzystek. Wśród warstw robotniczych nierzadko zdarzają się wypadki palenia przez dwie, a nawet trzy osoby wspólnie jednego papierosa lub fajki, co często prowadzi do zakażenia kiłą, szczególnie wówczas, o ile jedna z tych osób znajduje się w okresie świeżej, objawowej kiły; podobne wypadki obserwowano w czasie wielkiej wojny wśród żołnierzy.

Zakażenia kiłą dziecka przez chorą mamkę lub odwrotnie należą do zjawisk powszechnie znanych, dlatego też przed przyjęciem mamki dla niemowlęcia winno być przeprowadzone badanie kliniczne i serologiczne tak u mamki jak i u dziecka i jego matki w kierunku obecności kiły.

Dwie są główne choroby społeczne — gruźlica i kiła, które rywalizują ze sobą o pierwszeństwo wyrządzanych szkód społeczeństwu. O ile gruźlica zabiera wielki haracz z pośród najsłabszych może osobników pod względem budowy fizycznej i sił żywotnych, o tyle kiła atakuje najmłodsze i najzdrowsze jednostki, jednostki, które winny być przeznaczone w państwie do utrzymania naturalnego przyrostu ludności pełnego zdrowia i tężyzny fizycznej.

Jakież to szkody wyrządzają poszczególne choroby weneryczne jednostce i społeczeństwu?

R z e ż ą c z k a. Cierpienie to najbardziej rozpowszechnione wśród ludności wszystkich warstw społecznych, gdyż według statystyk zagranicznych około 80% wszystkich mężczyzn przechodzi rzeżączkę. Cierpienie to, zdaniem laików i większości lekarzy niespecjalistów przechodzi bezkarnie, nie pozostawiając poważniejszych powikłań i następstw. Jest to błędne z gruntu mniemanie i należy zagadnienie rzeżączki z punktu widzenia wyrządzanego zła jednostce, rodzinie i społeczeństwu należycie oświetlić. Istotnie olbrzymia większość przypadków rzeżączki wcześnie rozpoczynających leczenie u specjalistów kończy się całkowitym wyzdrowieniem w granicach kilku lub kilkunastu tygodni. Prócz tej jednak kategorii chorych, istnieje bardzo duży odsetek, gdzie leczenie ciągnie się całymi miesiącami, nie bez wpływu na psychikę chorego i jego dalsze losy. Chory taki przestaje przestrzegać wskazówki lekarza, rozpoczyna nierzadko życie seksualne i przekazuje chorobę osobom drugim. Również i kryteria wyleczenia rzeżączki przewlekłej są często dość trudne i wymagają dokładnych badań klinicznych, jak i laboratoryjnych. Inna znowu kategoria chorych o konstytucji neuropatycznej popada w stan neurastenii lub impotencji psychicznej. Ci osobnicy należą do prawdziwych inwalidów życiowych, u których pogodną młodość zniszczył ciężki przebieg rzeżączki. Tacy chorzy dla rodziny są przeważnie straceni, dla siebie stale chorzy, a dla instytucji w której pracują, a tym samym i dla społeczeństwa, mało wydajni i mniej wartościowi. Jeżeli do tego dodamy, że częstym powikłaniem rzeżączki tak u mężczyzn jak i kobiet jest bezpłodność, według statystyki niemieckiej 60% bezpłodnych małżeństw, które chciały by mieć dzieci musi przypisać tę tragedię przebyciem rzeżączki jednego lub obojga małżonków, to przekonamy się jak ciężkim wrogiem społeczeństwa i państwa staje się to schorzenie.

Najkosztowniejszym momentem z punktu widzenia ubezpieczeń społecznych jest utrzymanie ślepych, u których to kalectwo wystąpiło na skutek zakażenia spojówek dwoinkami Neissera, około 40% przypadków ślepoty powstaje po powikłanym lub źle leczonym zapalenia spojówek rzeżączką.

Jeżeli spojrzymy na ociemniałych, koszty związane z ich utrzymaniem spadają na barki zdrowego społeczeństwa i na tragedię kalectwa jednostek, to łatwo przekonamy każdego o konieczności walki z tym schorzeniem. Wreszcie szereg najróżnorodniejszych powikłań, jakie sprowadza rzeżączka, wymagają leczenia szpitalnego, co pociąga za sobą wielkie koszty, opłaty za szpital przez instytucję ubezpieczającą, stratę dni pracy przez instytucję, w której chory był zatrudniony, wreszcie poszkodowanie samego chorego w zarobkach, w cierpieniu fizycznym i moralnym.

Walka z rzeżączką u kobiet jest znacznie trudniejsza i wymaga często długomiesięcznego leczenia, nie zawsze uwieńczonego dobrym wynikiem, tak samo i rozpoznanie rzeżączki u kobiet nastręcza dużo trudności i dlatego też wymaga badań niekiedy kilkakrotnych wykonywanych przez specjalistę.

W r z ó d w e n e r y c z n y jest schorzeniem przeważnie spotykanym wśród warstw robotniczych, zaniedbanych pod względem higieny osobniczej i seksualnej. W Niemczech i innych państwach europejskich schorzenie to należy do wyjątków, a jak twierdzą Niemcy i te pojedyńcze przypadki przedostają się do nich z Polski. Jest to przykre dla nas świadectwo, ale niestety mające dużo słuszności. Wrzód weneryczny zaniedbany lub powikłany zropieniem gruczołów chłonnych jest schorzeniem bardzo przykrym dla chorego, wymagającym leczenia szpitalnego, co pociąga za sobą znowu koszty pieniężne i utratę zarobku przez chorego.

K i ł a jest bezsprzecznie najcięższym schorzeniem z pośród chorób wenerycznych i zasługuje w zupełności na miano choroby społecznej. W odróżnieniu od dwóch wyżej wspomnianych jednostek chorobowych jest cierpieniem przewlekłym atakującym cały organizm, prowadząc do daleko posuniętych zmian w jego poszczególnych narządach. Kiła obok postaci wczesnych objawowych przebiega bardzo często skrycie, dając o sobie znać już w okresie ciężkiego zniszczenia organizmu, czyniąc z osobnika, pomimo nowoczesnego leczenia, małowartościowego inwalidę. Kiła nie powinna być zaliczona do chorób wenerycznych, bo aczkolwiek największy odsetek zakażeń kiłowych powstaje przez obcowanie płciowe, to jednak nie ma prawie miejsca na ciele człowieka, gdzieby nie nastąpiło zakażenie krętkami, tak jak nie było miejsca na ciele człowieka podczas wojny światowej, gdzieby nie ugodziła kula — możliwości w obydwu przypadkach — jednakowe. Kiłą jest najbardziej zaraźliwa we wczesnych okresach i to tak drogą

bezpośrednią jak i pośrednią. Poza drogą obcowania płciowego często następuje zakażenie bezpośrednie przez pocałunek, ugryzienie, karmienie niemowląt i t. p. Znacznie więcej możliwości istnieje zakażenia się pośredniego, a więc używanie wspólnych ręczników, gąbek do mycia, szczoteczek do zębów (wśród warstw mniej kulturalnych), spożywania płynów ze wspólnego naczynia. Podczas wykonywania zawodu zanieczyszczonymi narzędziami) u fryzjerów, pedikurzystek i manikurzystek). Spilmann podaje, że częste zakażenie się podczas wojny światowej kiłą przez papierosa palonego przez dwóch lub kilku żołnierzy w okopach, z których jeden był w okresie kiły wczesnej objawowej, nie należało do rzadkości. Zdarzają się również wypadki zakażenie przy pracy w hutach szklanych, gdzie przy wydmuchiwaniu naczyń szklanych jeden robotnik bierze od drugiego rurkę, wkładając ją bezpośrednio do ust. Brak uświadomienia w tym kierunku obserwuje się nie tylko wśród ludności najbardziej nawet kulturalnej, ale i sami lekarze, zwłaszcza niespecjaliści, zamało zwracają na te możliwości uwagę. Często bowiem objawy kiły pierwotnej umiejscowione poza narządami płciowymi nie są rozpoznawane, a nawet bagatelizowane przez chorych a niekiedy i lekarzy, a choroba w podstępny sposób rozwija się, przechodząc po banalnym miejscowym leczeniu a nawet i bez leczenia w okres utajony, niszczący organizm chorego osobnika; zagrażając jednocześnie osobom kontaktującym się z chorym. Podobnie przedstawia się stan zdrowia chorych z kiłą niedostatecznie leczoną. Chory winien być uświadomiony przez lekarza w chwili rozpoznania choroby o powadze tego schorzenia, konieczności systematycznego leczenie się, zachowania się w stosunku do otoczenia, przestrzegania dietetyki itp. Kiła poza jednostką, której niszczy zdrowie, czyniąc z niej często niezdolną do pracy, przenosi się na rodzinę czyniąc z niej chorą jednostkę społeczną.

Matka dotknięta kiłą, nieleczona lub leczona niedostatecznie, albo nie jest w stanie wydać potomstwa, albo rodzi martwe dzieci lub wreszcie z objawami kiły wrodzonej. Kiła wrodzona u potomstwa objawia się bezpośrednio po urodzeniu się dziecka, albo też w różnych okresach życia pod najróżnorodniejszymi postaciami klinicznymi. Należy pamiętać, że dzieci z kiłą wrodzoną są ciężko chore i dlatego też bez względu na stopień zmian chorobowych winny być jak najszybciej leczone, w przeciwnym razie umierają lub wyrastają na ludzi mniej wartościowych, ze skłonnościami do chorób umysłowych lub czynów przestępczych. Z tych to jednostek w większości przypadków rekrutują się „mieszkańcy" więzień i domów dla umysłowo chorych, których koszt utrzymania spada na barki zdrowego społeczeństwa. Jak widać rodzina kiłowa nieleczona przyczynia się z jednej strony do depopulacji, z drugiej zaś strony obciąża społeczeństwo chorymi jednostkami będącymi tylko ciężarem społecznym.

Najczęściej przyczyną wprowadzenia kiły do rodziny jest mężczyzna. Należy więc uznać za słuszną zasadę, że mąż zakaża żonę i ta jako matka przekazuje kiłę potomstwu. Twierdzenie szkoły francuskiej, że matka dziecka z kiłą wrodzoną musi być chorą serologicznie i klinicznie, bez względu na ujemne wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych, jest zupełnie słuszne i każdy lekarz powinien o tym pamiętać. Koszty materialne związane z leczeniem kiły są bardzo wielkie zbliżone do tych jakie pochłania gruźlica, a przy niedostatecznej organizacji walki społecznej będą stale wzrastać. Jak powinna wyglądać współczesna walka społeczna z chorobami wenerycznymi? Jeżeli choroby weneryczne należą do chorób społecznych, godzących w siłę i zdrowie całego społeczeństwa, to rzecz prosta, że całe społeczeństwo musi stanąć z nimi do walki.

Do obrony kraju z wrogiem zewnętrznym każde państwo utrzymuje armię, aby armia mogła skutecznie walczyć, musi być dobrze wyposażona w odpowiedni sprzęt, a zwłaszcza żołnierz jako jej komórka składowa musi być dobrze wyszkolony w rzemiośle wojennym przez jego dowódców. Aby społeczeństwo mogło skutecznie walczyć z szerzeniem się chorób wenerycznych, musi być dobrze uświadomione, mieć doskonale zorganizowaną służbę zdrowia, wyszkolonych lekarzy, zajmujących się organizowaniem akcji lekarsko-propagandowej, którzy by umieli wykorzystać wszelkie możliwe środki, aby zapomocą nich dotrzeć do każdego obywatela w państwie.

Oni też wśród społeczeństwa w zwalczaniu chorób winni spełnić rolę wyszkoleniowców, wreszcie należy zdobyć kredyty, któreby udostępniły organizację do walki i jej prowadzenie.

Prowadzenie walki z chorobami wenerycznymi winno dzielić się na dwa etapy: 1) jak najszybsze zorganizowanie należytego leczenia w całym kraju, 2) organizacja profilaktyki społecznej przeciwko szerzeniu się chorób wenerycznych. Odnośnie lecznictwa należy tworzyć w kraju, względnie zamienić obecne ośrodki i poradnie, na ośrodki chorób społecznych, które powinny obejmować walkę z gruźlicą i kiłą, chorobami wenerycznymi, jaglicą oraz poradnie dla matki i dziecka. Dla obsadzenia tych placówek na prowincji winni być przeszkoleni specjalni lekarze i odpowiednio pomocniczy personel pielęgniarski. Przy dobrze zorganizowanych tego rodzaju ośrodkach do walki z chorobami społecznymi znacznie zmniejszyłaby się zakaźność, a tym samym liczba chorych a w szczególności chorych leczących się na te choroby w szpitalach, co pociągnęłoby zmniejszenie kosztów ponoszonych za leczenie w Ubezpieczalniach Społecznych, organizacjach społecznych i gminach samorządowych. Na koszt tych instytucji winny być prowadzone wspomniane ośrodki. Wyszkolenie lekarzy prowadzących takie placówki powinno odbywać się w Klinikach Uniwersyteckich i dużych szpitalach według ustalonego programu opracowanego przez komisję, składającą się z wybitnych specjalistów, powołaną przez Ministerstwo Pracy i O. Sp. Poza tym winni być specjalni lekarze prelegenci, przynajmniej w miastach wojewódzkich, podlegający wyszkoleniowo i propagandowo Związkowi Przeciwwenerycznemu w Polsce. Zadaniem tych lekarzy byłoby organizowanie na terenie województwa, odczytów, prelekcji, kontroli pracy w ośrodkach, propaganda ulotek, odpowiednich afiszów i t. p. Celem zwrócenia baczniejszej uwagi społeczeństwa na ważność problemu walki z chorobami wenerycznymi winien być wprowadzony „tydzień walki z chorobami społecznymi". W ciągu takiego tygodnia należałoby zorganizować: wystawy ruchome, statystyki, wykresy, plakaty propagandowe krajowe, niektóre zagraniczne, obrazujące jasno stan zdrowia ludności w tej dziedzinie, skutki jakie wyrządzają choroby społeczne jednostce, rodzinie i społeczeństwu oraz organizację metody walki z nimi. W ciągu tego tygodnia w większych miastach powinny być wyświetlane filmy z dziedziny chorób społecznych. W radio należałoby zorganizować popularne prelekcje dostępne dla każdego obywatela. Prasa codzienna również w ciągu tego ty-

godnia mogłaby spełnić rolę propagandową przez zamieszczenie popularnych, a utrzymanych na poziomie lekarsko-społecznych artykułów, czy krótkich wzmianek. Akcja więc propagandowa tygodnia winna objąć całe społeczeństwo, przedstawiając całą powagę i doniosłość zagadnienia.

W chwili obecnej społeczną akcję zwalczania chorób wenerycznych w Polsce prowadzi Polski Związek Przeciwweneryczny, ze względu jednak na małe środki materialne i brak odpowiednich placówek, szczególnie w mniejszych miastach, akcja Związku napotyka na duże trudności, a rezultaty są słabsze niż pragnęli by je widzieć kierownicy tej tak ważnej organizacji.

Jednym z najważniejszych problemów walki z szerzeniem się chorób wenerycznych, to walka z nierządem. Zagadnienie prostytucji i walka z nią datuje się jeszcze od czasów starożytnych, uważano ją zawsze za zło społeczne, a największym prawodawcom nie udało się jej zlikwidować. Wspominając prostytucję należy ją podzielić na kilka kategorii:

1) Prostytucja jawna, uprawiająca swój proceder zawodowo podlega kontroli lekarskiej, a w razie choroby przymusowemu leczeniu. Zrozumiałą jest rzeczą, że każda prostytutka narażona jest na zakażenie się jeśli nie kilkoma, to przynajmniej jedną z chorób wenerycznych. O ile zachorowała na kiłę, to po pewnym czasie leczenia najczęściej przestaje być niebezpieczna dla współżyjących z nią mężczyzn. Natomiast rzeżączka u prostytutki nigdy nie jest wyleczalną, ze względu na stałe możliwości zakażenia się przez nowych przygodnych partnerów. Zanim jednak uda się stwierdzić obecność kiły u prostytutki może upłynąć czas dłuższy, a w tym okresie bardzo wielu mężczyzn może paść ofiarą przekazanej im choroby.

Znacznie niebezpieczniejszą od jawnej jest prostytucja potajemna uprawiająca nierząd dodatkowo poza zwykłą pracą zawodową, lub przez dziewczęta bezrobotne, względnie takie, których rodzaj i warunki pracy są szczególnie do tego podatne. Tu należy wymienić robotnice fabryk, modystki, dziewczęta pracujące w sklepach, manikurzystki, kelnerki, fordancerki i t. p. Ten rodzaj prostytucji jest o tyle niebezpieczny, że nie podlega kontroli sanitarno-obyczajowej, a jako t. zw. „osoby przyzwoite" wzbudzają wśród przygodnych amantów większe zaufanie, kończące się wcześniej czy później zakażeniem się jedną z chorób wenerycznych. Większość z pośród dziewcząt oddających się nierządowi potajemnemu ze sfer robotniczych przechodzi w krótkim czasie na drogę prostytucji jawnej. Walka z prostytucją jawną czy potajemną jest trudna i raczej należy walczyć nie z samą kobietą trudniącą się nierządem, ale z właściwymi przyczynami, które zmuszają ją do tego upokarzającego procederu. Tylko odpowiednie prawodawstwo, dobrze zorganizowana służba obyczajowo sanitarna, a wreszcie surowe kary na osoby stręczące do nierządu i walka z sutenerstwem może dać najlepsze rezultaty.

Walkę z nierządem należy prowadzić nie tylko wśród kobiet, ale również i wśród mężczyzn, którzy są najczęściej promotorami w tej dziedzinie. Kobietę młodą i pracującą należy otoczyć należytą opieką prawną, uświadomić ją o czyhających na nią niebezpieczeństwach, podnieść jej godność osobistą, zainteresować ją w czasie wolnym od pracy zawodowej pracą ideową w zrzeszeniach kulturalno- społecznych i t. p. Osoby wykorzystujące ciężkie położenie materialne młodej dziewczyny i zmuszające ją do kupczenia własnym ciałem winny być surowo i z całą bezwzględnością karane.

Walka z chorobami wenerycznymi w szkołach i organizacjach.

Najważniejszym czynnikiem wychowawczym młodzieży szkolnej, związanym ściśle z wiekiem jest nauka przyrody z pedagogicznym uwzględnieniem fizjologii. Dla klas wyższych, a więc dla młodzieży dorastającej należy wprowadzić naukę higieny i fizjologii z uwzględnieniem endokrynologii, bakteriologii i epidemiologii chorób zakaźnych. Treść wykładów powinna w dostępnej formie rozwiązywać wszelkie zagadnienia, które nasuwają się młodzieży w tym wieku. Lekarz szkolny powinien zdobyć całkowite zaufanie młodzieży, powinien poznać duszę tej młodzieży i umiejętnie nią kierować; nie jest to sprawą łatwą, ale dla osób mających tę „iskrę bożą" kierownictwo dusz jest najwdzięczniejszym i najszczytniejszym zadaniem pracy, obfitującym w piękny owoc wyników. Prowadzona przed kilkunastu jeszcze laty w gimnazjach t. zw. higiena polegała na wyuczeniu chaotycznym nazw kości, coś nie coś o krążeniu i narządach wewnętrznych i na tym cała mądrość nauki o człowieku kończyła się. Nie poruszano zupełnie fizjologii szczególnie układu moczopłciowego, bo ten temat należał jeszcze do tych „o czym się nie mówi". Był to błąd wielki, który często przynosił niepowetowaną krzywdę młodzieży i nie powinien już się dziś powtarzać. W szkołach wyższych uważam za właściwe obowiązkowe wprowadzenie na I roku studiów wszystkich uczelni wykładów o chorobach społecznych w ciągu I trymestru (4—6 godzin). Wykłady takie dały by przybywającej, szczególnie z prowincji młodzieży zapoznanie się z niebezpieczeństwem chorób wenerycznych w dużych miastach, oraz pojęcie o profilaktyce. Z drugiej strony każdy student wstępując na wyższą uczelnię winien otrzymywać odpowiednią ulotkę, treścią której było by ogólne pojęcie o zakażaniu się chorobami wenerycznymi i o ich następstwach.

W większych skupieniach ludności jak fabryki, obozy pracy, należy obok afiszów propagandowych i ulotek co pewien okres czasu robić popularne odczyty, na które każdy robotnik obowiązany jest pójść, gdyż to należałoby do godzin pracy. Wszystkie tego rodzaju odczyty winny być wygłaszane oddzielnie dla kobiet i mężczyzn, gdyż często samo zagadnienie przybiera inny charakter i w treści swojej musi być inaczej ujęte.

Szczególnie energicznie powinna być prowadzona walka z chorobami wenerycznymi w wojsku, gdzie lekarz oddziału ma możność przez popularne pogadanki łatwo przekonać żołnierzy o szerzeniu się, niebezpieczeństwie i profilaktyce chorób wenerycznych. Aczkolwiek i dziś tego rodzaju akcja jest prowadzona, to jednak nie daje jeszcze zadawalających wyników i dlatego też należy ją znacznie bardziej w tym kierunku wytężyć. Na zawiadomieniach powołujących rekruta i rezerwistę na ćwiczenia na odwrotnej stronie winno być popularne pouczenie o chorobach wenerycznych. Karta taka docierająca do najbardziej głuchego zakątka wsi czytana jest niekiedy jako jedyny kawałek drukowanego papieru przez całą rodzinę, a za tym spełni właściwy propagandowy cel tymbardziej, że na tego rezerwistę czy rekruta idącego ze wsi do miasta czyha szereg tego rodzaju niespodzianek.

Dla słuszności powyższych poglądów przytoczę sposób zapobiegania szerzeniu się chorób wenerycz-

nych w Kolumbii. Otóż we wszystkich miastach tego kraju obok propagandowych plakatów rozdaje się na ulicach i dworcach ulotki z napisami, aby mężczyzna szukający przygód miłosnych strzegł się kobiet z ostrzyżonymi włosami na narządach płciowych, jako chorych wenerycznie. Taki sposób ostrzegawczy wprowadzono w tym kraju i nikt się temu nie dziwi, a rezultaty są dobre, gdyż nawet najbardziej romantyczny mężczyzna stygnie po stwierdzeniu wspomnianego znaku ostrzegawczego.

W celu rozszerzenia profilaktyki doraźnej, należy w większych miastach stworzyć stacje zapobiegawcze, w różnych punktach miasta, gdzie choremu możnaby zastosować zabieg w krótkim czasie po odbytym stosunku. Stacje takie winny być czynne całą noc i zaopatrzone w widoczne znaki. Mam wrażenie, że przy pewnych opłatach, nawet niewielkich, stacje takie mogłyby być samowystarczalne. Rzecz prosta, że te osoby, które nie mogły by uiścić opłat za zabieg, winny być obsłużone darmo.

W Krakowie istnieją już dziś takie stacje i wynik ich działalności okazał się całkowicie celowy.

Celem należytego zrozumienia doniosłości walki społecznej z chorobami wenerycznymi, potrzebnym jest, aby osoby, stojące na kierowniczych stanowiskach państwowych i samorządowych, dokładnie były zapoznane ze złem, jakie one wyrządzają wśród ludności — szczególnie kiła. Dla orientacji należy podawać statystyki miesięczne chorób wenerycznych, wg. opracowanych i ujednostajnionych dla całego kraju wzorów, aby statystyka mogła całkowicie odzwierciadlić zło i drogi, jakimi ono się szerzy i jakie odcinki społeczeństwa najbardzej są nimi zagrożone.

Wówczas stworzy się zrozumiałe pytanie „dlaczego tak?"? Na takie pytanie należy znaleźć, po szczegółowym badaniu zagadnienia, odpowiedź i zastosować wzmożoną akcję leczniczą i zapobiegawczą. Statystyki chorób społecznych winny być nadsyłane nie tylko przez szpitale, przychodnie, ośrodki zdrowia itp., ale również przez gabinety prywatne pod wyraźnym rygorem. Rzecz prosta, że statystyka nie może naruszać tajemnicy lekarskiej, a więc winna określać tylko rodzaj choroby, wiek, płeć, środowisko chorego, stan cywilny, ewentualnie źródła zakażenia. Tylko wówczas statystyka da możność zorientowania się, w jakiej mierze społeczeństwo jest chore i jakie są potrzebne środki i drogi do jego uzdrowienia.

Zarówno kiła nabyta, jak i wrodzona często przebiega skrycie, nie dając żadnych widocznych zmian anatomicznych. Z biegiem zaś czasu zjawiają się zaburzenia ze strony krążenia, względnie centralnego układu nerwowego, przeto w niektórych zawodach szczególnie w komunikacji i lotnictwie, należy prowadzić badania pracowników, zatrudnionych w ruchu, gdyż na podstawie statystyk amerykańskich około 20 proc. katastrof powstaje w związku z kiłą mózgu sprawców katastrof. Należy więc co pewien okres przeprowadzać badania lekarskie, szczególnie w kierunku kiły wspomnianego personelu. Również dla orientacji stanu zdrowia dzieci w szkołach, a zwłaszcza w szkołach dla tzw. „dzieci trudnych do prowadzenia", gdzie często przyczyną przewrotności i występczości jest kiła. Szczególnie dokładne badania winny być przeprowadzane wśród więźniów, z których większość swą przestępczość zawdzięcza kile.

Bardzo ważnym czynnikiem jest zwracanie uwagi na zdrowie osób współpracujących z rodziną, a więc służących i pielęgniarek dla dzieci. Statystyki kiły poszczególnych zawodów (przeprowadzona na dużym materiale kiłowych w Klinice Dermatologicznej U. J. P. przez dr J. Goćkowskiego i dr E. Borkowskiego — „Przegląd Dermatologiczny" zeszyt I — 1938 r.), wykazują, że największy odsetek kiły wśród kobiet przypada na pracownice domowe, dlatego też od kandydatki przyjmowanej do pracy należałoby żądać świadectwa lekarskiego. Odmówienie takiego świadectwa byłoby dowodem, że kandydatka jest chora w okresie zakażalności i winna się leczyć na koszt Ubezpieczalni, w szpitalu do chwili, kiedy stan jej zdrowia zezwala na pracę wśród rodziny. W takim wypadku otrzymuje odpowiednią adnotację „może pracować przy rodzinie". Jeszcze baczniejszą uwagę należy zwracać na zdrowie pielęgniarek i wychowawczyń dla niemowląt i dzieci. W tych wypadkach bezpośredni kontakt z dzieckiem osoby chorej naraża je na niebezpieczeństwo pośredniego zakażenia i tak jak krwiodawca winien być co pewien czas badany w kierunku kiły, tak również i osoba zatrudniona przy wychowywaniu dzieci musi być zdrowa, a kwalifikacją tego zdrowia może być miarodajne świadectwo lekarskie, po przeprowadzeniu odpowiednich badań. Wreszcie ważną sprawą dla zdrowia społecznego są badania lekarskie przedślubne kandydatów do stanu małżeńskiego. Świadectwa takie winny wydawać tylko pewne instytucje lekarskie, jak szpitale, kliniki, ośrodki zdrowia itp., a w wyjątkowych razach lekarze prywatni. Takie badania przedślubne krwi na O. W., wprowadzone jest w wojsku i aczkolwiek zakażenie może nastąpić u osób już po otrzymaniu świadectwa, co świadczy o małej wartości moralnej jednego z kandydatów do małżeństwa, to jednak wielki odsetek badanych może dowiedzieć się o istnieniu ukrytej choroby dopiero po dokonaniu badań, a tym samym zrezygnuje na pewien okres od ryzykownego kroku, zagrażającego zdrowiu przyszłej jego rodziny.

Tylko tak pojęta walka na wszystkich odcinkach społecznych da dobre wyniki z chorobami społecznymi niszcząc chorobę wśród jednostek nią dotkniętych, a zabezpieczy zdrowe od zakażenia. W społeczeństwach kulturalnych, gdzie obywatel stoi na wysokim poziomie kultury, a państwo docenia wartość jego zdrowia, jak to ma miejsce szczególnie wśród narodów skandynawskich, odsetek chorych na kiłę stale spada. Tak, że przypadki świeżych zakażeń kiłą należą do rzadkich objawów. W Polsce niestety, na podstawie obserwacji lekarskich w szpitalach, klinikach, ambulatoriach itp., liczba zapadających na kiłę i inne choroby weneryczne prawie że nie spada i obejmuje około 10 proc. ludności. Akcja w tym kierunku wyjść musi ze sfer lekarskich, ale zrozumienie jej doniosłości i potrzeby musi znaleźć poparcie i udział społeczeństwa i czynników tak państwowych, jak i samorządowych.

W wyszkoleniu nowych kadr lekarskich należy zwrócić baczną uwagę na naukę wenerologii, organizację walki społecznej z chorobami wenerycznymi, statystykę chorób społecznych itp. Wykłady takie winny być zlecone docentom, względnie asystentom klinik uniwersyteckich wyznaczonym przez kierowników klinik dermatologicznych. Każdy młody lekarz winien odbyć przymusowy staż przynajmniej trzy miesięczny na oddziale wenerycznym, a tematy rozpraw doktorskich z zakresu chorób społecznych, winny być jak najczęściej w obecnej chwili zalecane.

Niedomoga krążenia i analeptyki.

Dr. ST. ZŁOTOWSKA (Warszawa).

Rozpoznawanie schorzeń krążenia opierało się doniedawna wyłącznie prawie na wynikach badania fizykalnego i danych obdukcji. Zarówno diagnostyka jak i podział chorób krążenia wywodziły się z podejścia anatomo-patologicznego, nie uwzględniającego dynamiki układu sercowo - naczyniowego, jako całości. Stopniowo dopiero w świadomości lekarzy zdobył prawo obywatelstwa pogląd, że krążenie ujmować należy, jako coś jednolitego (pionierami tego poglądu byli Sénac i van den Bosch z drugiej połowy XVIII wieku).

Mięsień sercowy — jako motor, naczynia, — jako panujące nad krążeniem obwodowym, stały się ośrodkiem zainteresowania klinicznego (Matthes). Stąd wyłoniło się pojęcie niedomogi czyli niewydolności krążenia, jako zaburzenia, zależnego od całości układu, którego komponentami są: serce, układ naczyniowy (zwłaszcza naczynia włosowate) oraz zbiorniki krwi (śledziona, wątroba, jelita, mięśnie, płuca i skóra). Źródła zaburzenia tkwić mogą w jednym z tych komponentów, ale następstwem jego są skojarzenia w różnych odcinkach systemu.

Znaczenie czynnika naczyniowego łatwo zrozumieć, jeśli wziąć pod uwagę, że powierzchnia naczyń włosowatych w okresie największego ich rozszerzania i wypełnienia wszystkich odgałęzień przewyższa 250-krotnie ich powierzchnię spoczynkową. To też, gra taka bardzo wydatnie obciąża lub obarcza pracę serca (Orłowski). Z drugiej strony dużą rolę w patogenezie niedomogi krążenia odgrywa nagromadzona poza krwią krążącą, krew zapasowa (we wzmiankowanych wyżej zbiornikach). Na ogół u chorych z niewydolnością krążenia, ilość krwi krążącej jest większa, co z kolei wzmaga pracę serca i pogłębia zaburzenie.

Sprawność układu krążenia i jego narządów wiąże się ściśle z innymi kardynalnymi funkcjami żywego organizmu, jak oddychanie, regulacja chemizmu krwi, gra napięć w układzie wegetatywnym itd. Powstaje tą drogą olbrzymi kompleks współzależnych od siebie czynności; zachwianie równowagi i harmonii w tym kompleksie znajduje oddźwięk w różnych częściach składowych zespołu. Ten punkt widzenia, w odróżnieniu od dawnego anatomo-patologicznego, rozszerzył znacznie horyzonty lekarskie, pozwolił wejrzeć głębiej w istotę i mechanizm krwiobiegu ustrojowego.

Szczupłość miejsca zmusza, niestety, do pobieżnego konspektywnego niejako, omówienia tych zagadnień.

Opierając się na poglądach prof. Orłowskiego, odróżniamy niedomogę krążenia ostrą i przewlekłą.

Ostra niewydolność krążenia zależyć może od ostrego osłabienia mięśnia sercowego, ostrego porażenia naczyń krwionośnych, zwłaszcza unerwionych przez gałązki trzewne, ostrego porażenia samych tylko naczyń włosowatych oraz różnego zespolenia tych czynników. Ostra niedomoga pochodzenia sercowego wystąpi tym łatwiej, im bardziej uszkodzony jest mięsień sercowy. Prowadzi ona albo do obrazu obrzęku płuc (osłabienie komory lewej), albo do ostrego obrzęku wątroby i przekrwienia biernego w krwiobiegu dużym (osłabienie komory prawej). W razie jednoczesnego osłabienia obu komór obrazy te nakładają się. Zdarza się też zaczopowanie tętnic wieńcowych, dające w efekcie stan duszni cowy lub dychawiczny (status anginosus et asthmaticus).

Przyczyny ostrej niedomogi krążenia pochodzenia sercowego mogą być wielorakie: wchodzą tu w grę zarówno choroby zakaźne (zwłaszcza błonica), jak zatrucia, wysiłki fizyczne u osobników z wadą zastawkową itp.

W wypadku ostrej niedomogi krążenia na tle naczynioporaźnym (głównie dotyczy to zbiornika w jamie brzusznej), dochodzi do zalegania krwi na obwodzie, anemizacji serca i mózgu, porażenia ośrodków naczynioruchowych. Powstaje znany obraz zapaści czyli kollapsu z charakterystyczną bladością powłok, utratą przytomności, wydzielaniem zimnego potu, tętnem nitkowatym itd. Tę postać niedomogi widuje się najczęściej w przebiegu chorób zakaźnych (zapalenie płuc płatowe) lub w zatruciach egzo i endogennych). W razie zejścia śmiertelnego serce na sekcji zmian nie wykazuje.

Następstwem wreszcie ogólnego porażenia nerwów naczynioruchowych może być t. zw. shock (wstrząs) o przebiegu podobnym do zapaści.

Przewlekła niedomoga krążenia jest sprawą częstszą, niż ostra. Spostrzega się ją w wadach zastawkowych serca, chorobach zakaźnych, zatruciach, miażdżycy, zaburzeniach przemiany materii. Przewlekłe osłabienie prawej komory serca prowadzi do zmian w konfiguracji tego narządu, do powiększenia wątroby, sinicy, obrzęków, puchliny. Osłabienie komory lewej przyczynia się do powstania obrzęku płuc, względnie dychawicy sercowej.

Obraz kliniczny niedomogi obu komór daje objawy niedomogi komory lewej i prawej w różnym skojarzeniu.

Znane też są obrazy przewlekłej niedomogi krążenia pochodzenia pozasercowego, zależnej bądź od zaburzeń w gruczołach wewnętrznego wydzielania (tarczyca), bądź od zaburzeń w przemianie materii.

Dodać w tym miejscu należy, że zdaniem niektórych autorów, patogeneza przewlekłej niedomogi krążenia w dużej mierze odnosi się do zmian w naczyniach peryferycznych oraz w kwasicy spowodowanej przez nieprawidłowy przebieg procesów biochemicznych w mięśniach. Dawać to ma w konsekwencji nadmierne wzmożenie pojemności minutowej serca i gorsze zużytkowanie tlenu w obwodzie (Eppinger, Rzętkowski).

Leczenie niedomogi krążenia zarówno ostrej jak przewlekłej jest jednym z najczęstszych i najodpowiedzialniejszych zadań lekarza.

Pewną trudność w wyborze stosowanego leku nastręcza fakt, że szereg zagadnień w zakresie patologii krążenia nie został jeszcze należycie wyjaśniony. Takie np. kwestie, jak równoczesność skurczu wszystkich warstw mięśni komorowych, zagadnienie skurczu serca, jako aktu czynnego, rozkurczu zaś, jako fazy biernej wymagają jeszcze dalszych badań. Wpływ leczniczy podawanych środków winien dotyczyć bądź naczyń krwionośnych, bądź samego mięśnia sercowego, bądź kompleksu ośrodków, mieszczących się w rdzeniu przedłużonym.

Jeśli mowa o sercu, uwzględnione być muszą w działaniu leczniczym zarówno batmotropizm czyli zmiany w pobudliwości mięśnia sercowego, jak inotropizm czyli zmiany w jego kurczliwości, dromotropizm — zmiany w przewodnictwie zadrażnień, dronotropizm wreszcie, czyli powstawanie bodźców automatycznych. Co ważniejsze, działanie winno być możliwie natychmiastowe i dostatecznie silne, by w możliwie krótkim czasie przywrócić równowagę w zakłóconym rytmie krwiobiegu,

zależnym od tylu skomplikowanych czynników. Ten ostatni postulat odnosi się zwłaszcza do stanów niewydolności ostrej, gdy zbyt powolna lub mało skuteczna interwencja przyczynia się nieraz do nieuchronnego zgonu pacjenta.

Z pośród środków ściśle nasercowych na pierwszym miejscu wymienić należy naparstnicę (digitalis), wzmagającą skurcz i przedłużającą wskurcz serca, liczne jej pochodne, dalej miłek wiosenny (adonis vernalis) cebulę morską (scila maritima). Środki te działają powoli; glukozydy ich gromadzą się stopniowo w mięśniu sercowym i dopiero w wyniku komulacji okazują swój wpływ dobroczynny. Leki z tej grupy nadają się za tym raczej do leczenia przewlekłego i w stanach gwałtownych i nagłych załamań w narządzie krążenia nie można spodziewać się po nich szybkiego efektu.

Szybko i energicznie oddziaływa na serce strofantyna, ouabaina. Posiadają one jednak właściwości toksyczne, a zakres ich stosowania jest ograniczony ze względu na szereg przeciwskazań (uprzednia digitalizacja, schorzenie naczyń wieńcowych serca, niedomoga mięśnia sercowego znaczniejszego stopnia, stany apoplektyczne, nadciśnienie).

Do leków naczyniowych zalicza się adrenalinę, efedrynę, pituitrynę. Drażniąc obwodowo nerwy sympatyczne układu wegetatywnego zwężają one tętniczki i podnoszą ciśnienie krwi. Adrenalinę stosuje się też dosercowo w wypadkach rozpaczliwych, jako ultiturum refugiam. Do środków wreszcie centralnych, wpływających w mniejszej lub większej mierze na ośrodek oddechowy i naczynioruchowy, należy szereg związków, jak kamfora, kofeina, preparaty syntetyczne.

Z tej grupy szczególną popularnością cieszyła się do niedawna kamfora używana w lecznictwie od czasów starożytnych i znana jako środek „ożywiający serce". Działa ona korzystnie nie tylko w sensie pobudzania centralnego ośrodków i bezpośrednio — na mięsień sercowy.

Nie jest to jednak lek, nadający się do stosowania w wypadkach nagłych. Podawana w postaci olejku kamforowego wchłania się ona bardzo wolno, daje nieraz bolesne nacieki, a w wypadku obrzęków w ogóle nie może być zalecona. Nie można też wstrzykiwać jej dożylnie z obawy przed zatorami tłuszczowymi. Działanie farmakodynamiczne kamfory ulega opóźnieniu w ustroju chorym z tego jeszcze względu, że wadliwa wymiana gazów, jaką obserwuje się w niedomodze krążenia, utrudnia utlenianie związków kamforowych.

Jak z powyższego krótkiego przeglądu wynika, „idealny lek" skuteczny w niewydolności krążeń, powinien wykazywać kilka właściwości zasadniczych, różniących go od leków dotychczas wymienionych. Przede wszystkim musiałby to być lek „kombinowany" oddziaływujący zarówno bezpośrednio na serce, jak na obwód oraz na ośrodki centralne. Działanie jego winno byłoby zaznaczyć się szybko i skutecznie, bez objawów ubocznych, zależnych od toksyczności, kumulacji, bolesności miejscowej. Łatwa rozpuszczalność wreszcie, winnaby umożliwić podawanie leku doustnie, podskórnie, domięśniowo i dożylnie.

Wysiłki badaczy szły w tych właśnie kierunkach. Udało się wytworzyć preparaty syntetyczne, odpowiadające wyłuszczonym wymaganiom. Są to w pierwszym rzędzie pochodne kwasu dwuetyloamidopirydynokarbonowego, produkowanego w Polsce p. n. Stiminol. Analeptykowi temu poświęcamy nieco więcej uwagi.

Stiminol jest to chemicznie czysty 25 proc. roztwór wzmiankowanego kwasu dwuetyloamidopirydynobetakarbonowego.

Na podkreślenie zasługuje zupełna bezbolesność przy stosowaniu stiminolu pozajelitowym.

Jeśli mowa o działaniu leczniczym stiminolu, przeprowadzono w tym kierunku cały szereg badań doświadczalnych i obserwacji klinicznych, istnieje też na ten temat obszerna literatura.

Wartość kliniczną tego preparatu badali prof. Gorecki, Fidler, Winer, Wiśniewski, Likier i inni.

Szereg autorów dochodzi do zgodnego wniosku, że stiminol jest analeptykiem o dużej wartości, działającym szybko, zwłaszcza w stanach ostrej niedomogi krążenia, że jest to „lek cucący", po którym zawsze spodziewać się można pomyślnego wyniku leczniczego. Działanie stiminolu na układ krążenia jest wielostronne, jakkolwiek nie wszyscy badacze zgadzają się co do wpływu na poszczególne komponenty tego układu. W pierwszym rzędzie uznać należy stiminol za analeptyk centralny, pobudzający ośrodki: naczynioruchowy i oddechowy. Dzięki pogłębieniu i przyspieszeniu oddechu zwiększa się wentylacja minutowa płuc. Ciśnienie krwi po dożylnym podaniu stiminolu, wykazuje na początku odruchowy spadek, po którym natychmiast wraca do normy (Supniewski). Wzrost ciśnienia krwi stwierdza się jedynie w przypadkach niedomogi krążenia. U chorych z ciśnieniem prawidłowym, lub wzmożonym, wzrostu ciśnienia po stiminolu nie obserwuje się, co gra dużą rolę w przypadkach z hypertensją.

Działanie na serce objawia się w zwiększeniu amplitudy skurczów i jednoczesnym zmniejszeniu ich częstości; tętno staje się pełniejsze — bardziej regularne.

Wszystkie te właściwości powodują, że w przewlekłych sprawach chorobowych narządu krążenia, stiminol w niczym nie ustępuje kamforze, w przypadkach zaś nagłych, (zapaść), wymagających natychmiastowej interwencji, znacznie ją przewyższa. Jest to, jak wzmiankowano wybitnie lek cucący, co szczególnie się zaznacza przy stosowaniu go w zatruciach związkami barbiturowymi. W zatruciach tych, podobnie, jak w zatruciach tlenkiem węglem, podawać należy masywne dawki (5 — 15 cm^3 stiminolu dożylnie, w krótkich odstępach czasu). Postępowaniem takim uratować można pacjenta od niechybnej śmierci (Orohn, Likier).

Rzecz jasna, że zakres stosowania Stiminolu, jest bardzo rozległy. Nie tylko we właściwej niedomodze krążenia, ale we wszystkich sprawach, w których serce i naczynia są pośrednio wciągnięte w grę, jest to lek wskazany.

Wymienić należy przede wszystkim choroby zakaźne (błonica), zapalenie płuc, grypę, stany posocznicowe, gruźlicę itd. W przypadkach nagłych, w ratownictwie uznać należy stiminol za lek z wyboru (zatrucia, utonięcie, porażenie prądem elektrycznym, porażenie słoneczne, zamartwica noworodków itd.).

Przepisywać stiminol można per se, lub w połączeniu z innymi lekami, jak np. w poniższej miksturze wykrztuśnej:

Rp.	Inf. rad Ipecauanhae	0,5:180,0
	Natrii benzoici	3,0
	Stiminol	4,0
	Codeini phosph.	0,2
	Sir. Althaeae	20,0

M. D. S. Co 3 godz. łyżkę stołową.

Wykłady o czynności mózgu — I. P. Pawłow.*)

Dr. H. ZELDOWICZ (Warszawa).

Wykłady o czynności mózgu zostały wygłoszone przez Pawłowa w Akademii Wojskowo-Lekarskiej w 1924 roku; stanowią one dorobek dwudziestopięcioletnich badań nad nową fizjologią kory mózgowej. W 23 wykładach bardzo bogato udokumentowanych protokółami doświadczeń Autor zawarł nową doktrynę czynności mózgu. W sposób przejrzysty i dydaktyczny wprowadza czytelnika w świat nowych pojęć, poczynając od podstawowych zagadnień aż do nader złożonych zjawisk fizjologii mózgu.

Punktem wyjścia badań Pawłowa było dążenie do stworzenia metody, któraby umożliwiła naukowe, objektywne badania złożonych czynności mózgu. Zgodnie z Descartesém przyjmuje, że odruchy stanowią podstawowy element czynności układu nerwowego. Są one wyrazem stałego przystosowywania się ustroju do różnorodnych warunków świata zewnętrznego. Podstawowe odczyny nerwowe zarówno zwierzęcia jak i człowieka są wrodzone; należą do nich między innymi odruchy pokarmowe i obronne. Stanowią one grupę t. zw. odruchów bezwarunkowych, t. j. takich w których zadziałaniu specyficznego bodźca odpowiada odczyn ściśle określony; na przyk.ad czynności pokarmowej towarzyszy stale wydzielanie śliny i treści żołądkowej. Tej kategorii odruchów Pawłow przeciwstawia odruchy nowopowstające, czyli odruchy warunkowe. Te ostatnie powstają, gdy czynnik dotychczas obojętny bezpośrednio poprzedza działanie bodźca bezwarunkowego. Wszelkiego rodzaju podniety świata otaczającego, dla którego istnieje w ustroju aparat odbiorczy (bodźce słuchowe, wzrokowe, czuciowe, smakowe i inne) mogą być przyczyną powstawania odruchów warunkowych; np. o ile karmieniu zwierzęcia towarzyszy wielokrotnie zapalanie się czerwonej lampki, to po kilku takich doświadczeniach samo zapalanie lampki wystarczy do uzyskania odczynu ślinowego. Wspomnieć należy, że u zwierząt doświadczalnych operacyjnie odprowadza się przewód ślinowy nazewnątrz, co pozwala na dokładne miareczkowanie ilości wydzielanej śliny i na ustalenie natężenia odruchu warunkowego. Bodziec warunkowy sygnalizuje korze mózgowej obecność różnych sytuacji życiowych, do których ustrój przystosowuje się przez wytwarzanie nowych odruchów warunkowych; powstawanie wspomnianych odruchów jest zależne, według Pawłowa, od tworzenia się świeżych połączeń w korze mózgowej. Sprawność czynności mózgu nie byłaby zbyt precyzyjna, gdyby odruchy warunkowe były stałe i nie ulegały fizjologicznemu wyczerpaniu się. Zmieniające się czynniki zewnętrzne prowadzą do znikania niektórych odruchów, o ile te się stały nieaktualne w nowych warunkach życiowych. Proces ten opiera się na t. zw. hamowaniu wewnętrznym, które rozwijać się może, według Pawłowa, w następujących okolicznościach, a mianowicie: gdy bodźcowi warunkowemu przestaje towarzyszyć bodziec bezwarunkowy, o ile obok czynnika warunkowego występują czynniki uboczne i wreszcie o ile następuje odsuwanie się bodźca bezwarunkowego od warunkowego.

Podstawowa więc czynność kory mózgowej polega na procesach pobudzenia i hamowania. Pawłow, opierając się na bardzo misternych i niezwykle pomysłowych doświadczeniach, omawia wewnętrzny mechanizm pracy kory mózgowej, a mianowicie procesów rozprzestrzeniania pobudzenia i hamowania. Otóż hamowanie, wywołane przez odpowiednią podnietę w określonym punkcie kory mózgowej, szybko promieniuje na przylegające okolice, a następnieześrodkowuje się w punkcie wyjścia. Proces pobudzenia również rozprzestrzenia się po korze, przyczym stopień jego nasilenia słabnie w miarę oddalania się od ośrodka podrażnienia. Istnieje ścisła współzależność pomiędzy tymi dwoma procesami, stanowi ona istotę zjawiska, które Pawłow określił mianem indukcji. Okres wzmożonego hamowania stwarza warunki do zwiększonego pobudzenia kory mózgowej i odwrotnie. Sprawne działanie kory mózgowej umożliwiają wyżej wymienione procesy hamowania, które są wyrazem czynnościowego zużywania się komórki pod wpływem ciągłych pobudzeń, stopień jej zużycia jest zależny od czasu pracy. Wynika więc stąd, że procesy nerwowe przebiegają w sposób falisty, w związku ze zmianą pobudliwości w różnych punktach kory mózgowej.

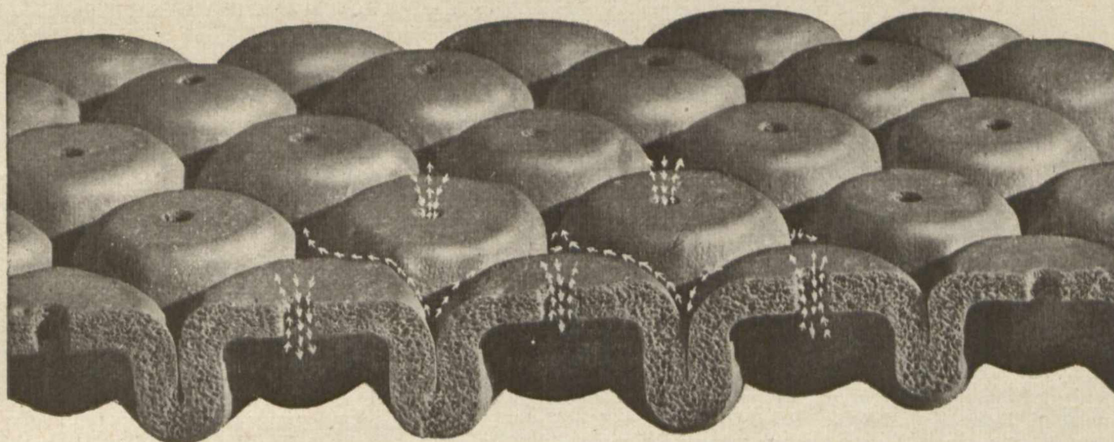
Opierając się na przytoczonych wywodach, omówionych przez nas w krótkim zarysie, Pawłow ujmuje korę mózgową jako olbrzymią tablicę sygnalizacyjną. Poszczególne odruchy mają posiadać w korze własne punkty uchwytu w postaci odpowiedniej komórki, czy też grupy komórek, które stanowią jednostki korowe, związane z różnymi czynnościami ustroju. Istnieje poza tym ogromna ilość punktów dodatkowych dla wytwarzania nowych sygnalizacyjnych bodzców warunkowych. Należy więc poczytywać korę mózgową z jednej strony za olbrzymią mozaikę, złożoną z nieliczonej ilości punktów, spełniających w każdym momencie określoną fizjologiczną rolę, z drugiej zaś za układ dynamiczny, mający na celu scalania pewnych czynności i utrwalanie ich stereotypów.

Nowe zdobycze dotyczące czynności kory mózgowej zastosował Pawłow do bliższej analizy doświadczalnej zarówno stanów fizjologicznych jak i patologicznych mózgowia. Omawia obszernie sprawę powstawania snu i czuwania, stanów hipnotycznych oraz nerwic doświadczalnych. Sen jest zjawiskiem identycznym z rozlanym hamowaniem. O ile hamowanie wewnętrzne w czasie czuwania jest tylko snem oddzielnych komórek, to prawdziwy sen jest następstwem rozszerzenia się procesu hamowania na całą korę mózgową i na części poniżej leżące. Obok snu całkowitego spostrzegał u psów stany przejściowe pomiędzy jawą a snem, polegające na tym, że ułożenie ciała utrzymywało się jak przy czuwaniu, ale kora mózgowa była nieczynna i nie odpowiadała na bodźce warunkowe. Stan ten wskazuje na zahamowanie wyłączne kory, ośrodki zaś niższe równowagi i położenia ciała w przestrzeni pozostają wolne od hamowania.

Do niezwykle interesujących wyników doszedł autor w badaniach nad znaczeniem odruchów warunkowych w odniesieniu do powstawania nerwic. Mianowicie, zbyt szybko następujące po sobie stany pobudzenia, lub hamowania mogą prowadzić w zależności od osobniczych właściwości konstytucjonalnych układu nerwowego do przewagi bądź procesu pobudzenia, bądź hamowania i w następstwie do zjawiania się różnego typu nerwic.

*) **Towarzystwo Wydawnicze „Rój". Warszawa 1938 r. — Tłumaczył Stefan Miller.**

Guma w szpitalnictwie.



W ciągu 2 tygodni od otwarcia Wystawy Szpitalnictwa urządzonej w nowym gmachu Szpitala Wojskowego, przy ul. 6 Sierpnia, przewinęły się tysięczne rzesze przedstawicieli świata lekarskiego i szpitalnictwa. Wystawa rozmieszczona została na parterze i 3 piętrach, obejmuje ciekawe eksponaty naszego przemysłu. Wielką erę wynalazczości w dziedzinie higieny i walki z bakteriami otworzył przemysł gumowy, reprezentowany przez znane Polskie Zakłady Kauczukowe „Piastów", które pomiędzy innymi produkują wprowadzone już przed kilku laty zagranicą nowości, w postaci krążków, wałków, materacy i poduszek dla chorych, wyrabianych z gumy gąbczastej znanych pod nazwą „Piastopil". Zwykłe materace i poduszki są idealnym siedliskiem bakterii chorobotwórczych i robactwa, których wytępienie jest wykluczone. „Piastopil" wytrzymuje wysoką temperaturę, jakiej poddany zostaje podczas sterylizacji nie tracąc wartości i nie ulegając przy tym przedwczesnemu zniszczeniu.

Wyroby gumowe tego typu zagranicą wyeliminowały zupełnie wyściółkę tapicerską, której główną wadą była trudność dezynfekowania. Zwykłe materace i poduszki są idealnym siedliskiem bakterii chorobotwórczych i robactwa, których wytępienie jest wykluczone. „Piastopil" wyrobu Zakładów Kauczukowych „Piastów", wytrzymuje wysoką temperaturę, jakiej poddawany zostaje podczas sterylizacji nie tracąc wartości i nie ulegając przy tym przedwczesnemu zniszczeniu. „Piastopil" dezynfekuje się równocześnie przez nasycenie formaliną.

Wyroby „Piastopil" są skonstruowane z szeregu sześciennych wewnątrz pustych komórek, połączonych u podstawy na jednej płaszczyźnie. Poszczególne komórki posiadają na swych ściankach otwory do przepływu powietrza. Każda komórka jest niezależna od drugiej i po wieloletnim nawet użyciu dzięki tak pomyślanej konstrukcji nie tracą nic ze swej prężności i chory zabezpieczony jest przed powstaniem odleżeń.

Praktyczną rzeczą, która zainteresowała wszystkich, a przede wszystkim sfery lekarskie, to płyty na stoły operacyjne z gumy gąbczastej, które stosuje się w szpitalnictwie, jako płyty na stoły operacyjne urazowe, ortopedyczne, na krzesła ginekologiczne, na stoły do masażów itp.

Szpitale, którym zależy na bardzo łatwym czyszczeniu oraz na walorach higienicznych używają omawiane płyty, których obydwie strony, jak i brzegi okleja się cienką warstwą najwyższego gatunku gumy „Para" nie pochłaniającej żadnych substacji, a dającej się z łatwością myć i dezynfekować bez najmniejszych uszkodzeń.

Wielkie zainteresowanie na Wystawie Szpitalnictwa wzbudzają schody główne, wyłożone do wysokości 2 piętra gumą podłogową, znaną od szeregu lat w całej Polsce pod nazwą „Ruboleum". „Ruboleum" jest bardzo odporne na zużycie i posiada znacznie mniejszą ścieralność od linoleum i drzewa, nie ulega gniciu, uzyskując przez to znaczną długotrwałość.

„Ruboleum" wyrobu Zakł. Kauczukowych „Piastów", ma zastosowanie przede wszystkim tam, gdzie chodzi o estetykę, ciszę i higienę, a więc w szpitalach, sanatoriach, lokalach o użyteczności publicznej, kinach, teatrach i kawiarniach, domach prywatnych.

W szpitalach i sanatoriach zastosowano podłogi „Ruboleum", które dzięki swej gładkiej, połyskującej i niepoślizgłej powierzchni o absolutnym braku szczelin, zyskały powszechne uznanie.

Z dalszych artykułów, wyrabianych przez Zakłady Kauszokwe „Piastów", podkreślić należy znane z dobroci stosowane w szpitalnictwie gumowe rękawice, płyty i fartuchy roentgenowskie.

Na stoisku firmy „Piastów", Zakłady Akumulatorowe systemu „Tudor" S. A., w Warszawie, wystawiły baterię oświetleniową, używaną w nowoczesnych salach operacyjnych w razie przerwania prądu.

Końcowe wreszcie rozdziały poświęca autor omówieniu wpływu usunięcia całej kory lub jej poszczególnych części na przebieg i powstawanie odruchów warunkowych. Na tej drodze potwierdza w sposób niezbity, że wytwarzanie się omawianych odruchów jest zależne od czynności kory mózgowej; u psów pozbawionych kory nie udaje się wywołać odruchów warunkowych. Porusza między innymi sprawę zachowania się odruchów warunkowych na bodźce świetlne i dźwiękowe w zależności od rozległości uszkodzenia odpowiednich ośrodków korowych. Otóż drobne uszkodzenia wywołują ograniczenie pola widzenia oraz wypadnięcie z zespołów dźwiękowych poszczególnych tonów. Większe uszkodzenia prowadzą do zaburzeń w zakresie wyższej syntezy lub analizy bodźców dźwiękowych i wzrokowych. Wreszcie przy bardzo rozległych uszkodzeniach odpowiednich ośrodków pozostaje zachowaną jedynie zdolność rozróżniania zmian intensywności bodźców wzrokowych i dźwiękowych.

Bogaty materiał doświadczalny i liczne zagadnienia zawarte w „Wykładach o czynności mózgu", przy wielkiej jasności w interpretacji spostrzeganych zjawisk, nie dadzą się ująć w ramach krótkiego omówienia. Dzieło Pawłowa stanowi głębokie źródło wiedzy zarówno dla biologa jak i fizjologa, a nadewszystko dla neuropatologa. Odruch warunkowy w swej najprostszej postaci stał się w ręku genialnego badacza, jakim był Pawłow, niezmiernie precyzyjnym instrumentem doświadczalnym, który zezwolił na ścisłą, niemal matematyczną ocenę wyższych czynności układu nerwowego

Dobrze zasłużyło się Towarzystwo Wydawnicze „Rój" polskiemu piśmiennictwu naukowemu wydając dzieło Pawłowa w tłumaczeniu jego ucznia St. Millera; przyczyni się ono niewątpliwie do udostępnienia i rozpowszechnienia nowej fizjologii kory mózgowej.

K R O N I K A

Polska Bibliografia Lekarska.

W czerwcu b. r. niektóre pisma lekarskię zamieściły apel kierownika Biblioteki C. W. San Mjra: Dra S. Konopki, w którym autor, znany zaszczytnie ze swych prac naukowych, organizatorskich i bibliograficznych, apelował do świata lekarskiego w sprawie udzielenia pomocy moralnej wydawnictwu „Polskiej Bibliografii Lekarskiej".

Obecnie leży przed nami pierwszy tom Polskiej Bibliografii Lekarskiej", wydany z cechującą jej redaktora starannością i pieczołowitością. Tom obejmuje miesiące I—III r. 1938 i zawiera 275 stron druku.

„Polska Bibliografia Lekarska", zawiera zestawienie: 1) książek i broszur, 2) artykułów oryginalnych, 3) sprawozdań z posiedzeń z towarzystw lekarskich, 4) prac Polaków, ogłoszonych w czasopismach lekarskich obcych, 5) prac lekarskich, ogłoszonych w czasopismach nielekarskich. (Redakcja i adm. Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, W-wa, Górnośląska 45).

„Polska Bibliografia Lekarska" jest wydawnictwem Centrum Wyszkolenia Sanitarnego; ukazywać się będzie w 4-ch zeszytach rocznie dzięki poparciu Min. Opieki Społ. oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Wydawnictwo obejmuje w porządku alfabetycznym spis autorów z tytułami prac i szczegółami bibliograficznymi oraz hasła przedmiotowe.

Wypada zanotować charakterystyczny szczegół, że przy opisach książek, broszur i odbitek podane są, dla łatwiejszego korzystania z tych prac, numery Biblioteki CWSan., co wskazuje na tendencje przemienienia Biblioteki CWSan na centralną bibliotekę lekarską.

„Polską Bibliografię Lekarską" ocenić należy, jako wysoce pozytywny czyn naukowy. Fakt zaś, że podjął to dzieło mjr. Dr S. Konopka, świadczy o szczęśliwym zrealizowaniu zasady „The right man on the right place".

(mk)

Pierwsza zakonnica - lekarka

W wyniku inicjatywy Ojca Świętego, który wyraził życzenie by zakony dostarczały zakonnic-lekarek i położnych dla misji katolickich, ukończyła jako pierwsza studia lekarskie w Filadelfii siostra Lalińska „Society of catholic medical missionnaries" w Brookland wydelegowała siostrę - lekarkę do szpitala Św. Rodziny w Rawalpindi (Indie ang. Pundjab).

Tydzień przeciwrakowy

W dniach od 23 do 30 października trwać będzie Międzynarodowy Tydzień Przeciwrakowy, przeprowadzany w Polsce pod protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej. Tydzień Przeciwrakowy będzie równocześnie obchodem 40-letniej rocznicy odkrycia radu przez Marię Curie Skłodowską i Piotra Curie. Na wniosek Międzynarodowej Unii Przeciwrakowej pierwszy dzień Tygodnia Przeciwrakowego, tj. 23 października nazwano imieniem Curie Skłodowskiej. W czasie Tygodnia Przeciwrakowego nastąpi otwarcie i poświęcenie nowego oddziału dla chorych rakowatych w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Kongres prasy lekarskiej krajów łacińskich

W Lisbonie odbył się w dniach od 29.8 — 2.9 5-ty konres prasy lekarskiej krajów łacińskich. Na porządku dziennym Kongresu znalazły się następujące sprawy: 1) Bibliografia lekarska, 2) Ubezpieczenia społeczne.

Przypadek pyelitis leczony septaziną

B. Furtado de Souza opisuje na łamach Publicacoe Medicas Nr 99 1938 r. (Sao Paolo) ciekawy przypadek zapalenia miedniczek, leczony przy pomocy Septaziny. Chodziło o osobnika 25-letniego, u którego wystąpiły objawy typowego ostrego zapalenia miedniczek nerkowych. Zastosowano w zastrzykach dożylnych hexametylentetraminę. Środek ten stosowano codziennie przez przeciąg 6 dni. Przypadek jednak był całkowicie oporny na to leczenie. Zastosowano wobec tego Septazinę w dawkach wzrastających i osiągnięto doskonały efekt. Autor podaje, że w przypadkach cystitis i cysto-pyelitis stosował w wielu wypadkach Septazinę z wynikami bardzo korzystnymi.

Ceny radu spadają

Zaznacza się znaczna zniżka cen radu, spowodowana obfitą produkcją tego cennego meatlu w Kanadzie. W chwili obecnej cena wynosi około 25.000 dol. za 1 gram.

Wartość kosmetyczna... pępka.

Jeden z ostatnich numerów ukazującego się w Sydney „Medical Journal of Australia", przynosi w związku z dyskusją na temat leczenia hernia umbilicalis charakterystyczny list pewnego pana, którego żonę zoperowano z powodu hernia umbilicalis i pozbawiono... pępka.

Czyniąc zadość życzeniu wielu kolegów, podaje Dr John Close z Adelaide (Australia), treść listu do ogólnej wiadomości kolegów:

Drogi Panie

23 stycznia przywiozłem do szpitala żonę, która miała przepuklinę pępkową uwiezgniętą. Dr Close dokonał operacji, nie pytając mnie ani nie uzyskując zgody żony i nie tylko zoperował przepuklinę, ale wyciął pępek, tak, że wygląda jakby była w rękach chińskich wandalów. Wobec powyższego stanu rzeczy będę zmuszony poczynić kroki sądowe, by otrzymać odszkodowanie. Nie mogę bowiem obecnie znieść żony w mojem pobliżu i muszę ją odesłać, gdyż widok jej przyprawia mię o chorobę.

Nigdy nie słyszałem o takim barbarzyństwie, które może być jedynie porównane z hitlerowską sterylizacją.

6 dni będę czekał na odpowiedź, zanim oddam sprawę w ręce adwokata.

Z poważaniem...

P. S. Cięcie operacyjne wyglądało tak jakby chodziło o pogryzienie przez psa.

Podając powyższy list do wiadomości kolegów Dr W. John Close przytacza przysłowie, że „pół żony to lepiej niż żadna" (half a wife is better than no wife at all), zdając sobie jednakże sprawę z tego, że przysłowie to stanowić będzie słabe pocieszenie dla zmartwionego małżonka.

„ZAPISUJCIE SIĘ NA CZŁONKÓW RODZINY LEKARSKIEJ KONTO CZEKOWE P. K. O. Nr. 15.922".

SKŁADAJCIE OFIARY NA BUDOWĘ SCHRONISKA DLA WDÓW I SIEROT PO LEKARZACH. KONTO CZEK. P. K. O. Nr. 18.235.

Dawny nieogłoszony przypadek zawału mięśnia sercowego.

Światowe piśmiennictwo kardiologiczne rozporządza w tej chwili sporą już ilością spostrzeżeń, dotyczących wystąpienia zawału mięśnia sercowego podczas, lub w krótki czas po obfitym posiłku. Dramatyczne to i często śmiertelne schorzenie dotyka szczególnie osobników o tęgiej i pykniczej budowie, zwłaszcza zaś tych, którzy, nie będąc nałogowymi żarłokami, pozwolili sobie na nadużycie dietetyczne po dłuższym okresie przestrzegania skromnego trybu życia. Wystąpienie tego zespołu w związku z obfitą ucztą posiada dwa czynniki etiologiczne. Pierwszym z nich jest wypełnienie i rozciągnięcie żołądka, unoszące przeponę i zmieniające położenie serca na „leżące", co oczywiście pogarsza warunki jego ukrwienia; drugi zaś wynika z naturalnego dla okresu trawienia odpływu dużej ilości krwi do naczyń trzewnych i towarzyszącego mu niedokrwienia innych narządów, m. in. i serca. Występujące w tym okresie leuko- i trombocytoza niewątpliwie przyczyniają się również do wytworzenia zakrzepu tętnic wieńcowych.

Ponieważ przypadek, o którym mowa, wydaje się podpadać pod grupę zawałów „po przejedzeniu się" — podajemy go w całości.

Chory G. B. lat 80, (Amer. Heart Journal), wędrowny nauczyciel, po spożyciu obfitego posiłku, uległ atakowi silnych bólów nadbrzusza i zmarł w kilka godzin po tym. Oto szczegółowe okoliczności: chory nasz, człowiek bardzo lubiany i popularny został zaproszony na przyjęcie do kowala z małego miasteczka. Uczta była obfita i urozmaicona i uprzejmy gospodarz, choć człowiek ubogi, nie szczędził swemu honorowemu gościowi najlepszych kąsków.

Szczegółowego jadłospisu nie mamy; są pewne dane na to, że staruszek spożył sporo wieprzowiny. Po jedzeniu poczuł się niedobrze i niechcąc sprawiać kłopotu rozbawionemu towarzystwu, cichaczem „po angielsku" z kilkoma przyjaciółmi opuścił mieszkanie kowala, zmierzając do swego domu. W chwilę po wyjściu silny ból nadbrzusza i osłabienie zmusiły go do zatrzymania się. Początkowo usiadł na dostarczonym mu kocu; zauważył wtedy niewielkie krwawienie z kiszki stolcowej. Zaczął uskarżać się na silne pragnienie i zażądał wody. Poczuwszy się lepiej, ruszył w dalszą drogę, ale ból i osłabienie były tak silne, że zmuszony być położyć się, początkowo na prawym boku, później na wznak. Aby nie rzucić podejrzenia na kowala, iż ten otruł go jedzeniem, kazał wezwać świadków i w ich obecności stwierdził całkowitą niewinność swego przyjaciela. W kilka chwil po tym życie zakończył.

Z ust najbliższych przyjaciół udało się zebrać garść szczegółów z przeszłości chorego. Urodził się jako dziecko bardzo bogatych rodziców — matka zmarła natychmiast po porodzie. Dzieciństwo i młodość upłynęły mu w zbytku i dobrobycie, w szczególności przekarmiano go łakociami w wyjątkowy sposób. Jako barczysty, silny i tęgi 18-letni młodzieniec poślubił swą kuzynkę i w dalszym ciągu pędził beztroskie, próżniacze i gnuśne życie. Jednakże po 10 latach obrzydził sobie dotychczasowy byt i opuścił małżonkę wraz z nowonarodzonym synem, tłómacząc, że dziecko przyszło na świat zbyt późno, aby wypełnić gnębiącą go pustkę i nudę. Przez 6 lat pędził życie pustelnicze, żywiąc się korzonkami, porostami i leśnymi jagodami, nigdy nie tykając mięsa. Wychudł wtedy bardzo. Później podniósł nieco swą stopę życiową, ale do końca życia odżywiał się bardzo skromnie, co mu jednak nie przeszkadzało czuć się zdrowym i silnym. Przez długie lata rozmyślań i pracy nad sobą opracował własny system filozoficzny. Wiedzą swą dzielił się chętnie z wszystkimi i stał się niesłychanie popularnym, ulubionym nauczycielem rozchwytywanym również przez wytworne i bogate towarzystwo. W ostatnim roku życia odwiedzał kilkakrotnie jedną z najsławniejszych kurtyzan, po jednym z przyjęć chorował przez czas jakiś, prawdopodobnie na nieżyt żołądka i jelit. Leczył się wtedy bardzo ścisłą dietą i nie będąc jeszcze całkowicie zdrów, udał się na ową, tak tragicznie dlań zakończoną ucztę do swego przyjaciela kowala, któremu nie chciał wyrządzać przykrości odmową wzięcia udziału w zabawie i tam uległ atakowi, do którego zapewne usposobiła go ostatnia niedyspozycja żołądkowa i odzwyczajenie od obfitszych posiłków.

Chory żył w VI wieku przed Nar. Chr. Na imię mu było — Gotama Budda.

Organizacja djabetyków.

W Australii powstaje obecnie na wzór stworzonej przed 3 laty w Londynie organizacja diabetyków. W skład organizacji wchodzą diabetycy oraz lekarze specjaliści i dietetycy. Organizacja ma za cel pomóc diabetykom, by mogli sobie stworzyć produktywne życie i przeciwdziałać depresji, pojawiającej się u niektórych chorych. Diabetic Journal przynosi wszelkie wiadomości i wskazówki związanych z życiem członków organizacji. Organizacja obejmuje swym zasięgiem kliniki specjalne dla diabetyków, jadłodajnie dietetyczne, obozy wakacyjne dla młodych diabetyków itp.

Z sali odczytowej.

Przyroda i Medycyna.

Pod powyższym tytułem wygłosił odczyt w Warsz. T-wie Lekarskim prof. dr F. Venulet. Prelegent omówił w wywodach nawskroś oryginalnych zespół zazębiających o siebie spraw medycyny i przyrody. Na wstępie prelegent wyjaśnia szereg nieporozumień, które doprowadziły do stereotypowego i szablonowego traktowania stosunków, panujących w przyrodzie. Nie panuje w przyrodzie, tak jak to się powszechnie mniema, niezakłócona harmonia. Przyroda nie tylko tworzy kultury, ale umie je też niszczyć, a okresy harmonii w przyrodzie sprowadzają się właściwie do „lucida intervalla".

Przyroda „obdarzyła" nas chorobami i w akcji tej przejawia nielada rozrzutność, a Nicolle określa wielkie epidemie jako sui generis arcydzieła przyrody.

Przyroda jest w ujęciu prelegenta daleką od doskonałości. Świadczą o tym bodaj niedociągnięcia i braki t. zw. siły leczniczej przyrody. Wszak wiemy, że reakcja ustroju bywa czasem hypergiczna lub nawet anergiczna, a czasem hyperergiczna. Potężne czasem siły przyrody niejednokrotnie znowu zawodzą kompletnie.

W leczeniu poszczególnych jednostek chorobowych vis medicatrix naturae jakże często zawodzi. Przyroda nie jest n. p. w stanie wyrównać niewydolności tarczycy, nie może sobie dać rady z nadczynnością tego gruczołu. Trudnoby było wyliczyć te wszystkie dziedziny, w których przyroda nie mogła podołać i w których zwycięsko wkroczył geniusz człowieka. Tam gdzie jesteśmy bezsilni, jak w raku, tam na pomoc przyrody, jak dotąd, nie ma co liczyć...

Wywody prelegenta tak treściwe, że nie sposób ich ująć w skrócie, podporządkowane są zasadniczej tezie odbronzowienia przyrody, uważanej dotąd za wszechpotężną i wszechmądrą. Życie — cytuje prelegent Nicolla — tworzy naoślep. Jakże uważać za wynik rozu-

mowania i dzieło rozsądku to, co jest wypadkową szczególnych warunków? Życie nie zna rozsądku...

W końcu prelegent konkluduje: Wszystko jest względne, względna jest też celowość w przyrodzie. Nic więc dziwnego, że metody, jakimi posiłkuje się medycyna, niezawsze przyrodę naśladują i wspomagają, ale się też przyrodzie przeciwstawiają.

Przynosimy krótkie i fragmentaryczne sprawozdanie z wywodów prof. Venuleta w całej świadomości, że ono może jedynie dać czytelnikowi najogólniejsze pojęcie o doniosłości i oryginalności idei tego tak trudnego do streszczenia odczytu. (mk)

Z ŻYCIA NAUKOWEGO

16. — 20. X. - 1939. Kongres w sprawie anestezii. New-York, Inf. F. A. Mc Mecha 318 Hotel Westlake, Rocky River, Ohio (USA).

11 — 16. IX. - 1939. Międzynarodowy Kongres dla badań i zwalczania raka w „Haddon Hall Hotel" w Atlantic City. New-Jersey U. S. A. Inf. „Institute of Cancer Research" 1145 Amsterdam Avenue New-York N. Y.

15 — 20. V. - 1939. Rzym IV Międzynarodowy Kongres Patologii porównawczej Inf. Sekretariat Działu bakteriologii i medycyny doświadczalnej P. Z. H.

6 — 8. X. - 1938. Zjazd pediatrów francuskich (Hopital des Enfants malades 149 rue de Scóres) Inf. Dr M. Lamy, Paris VII, 94 rue de Varenne.

Kurs medycyny lotniczej.

W dniach od 3 — 14 X. odbędzie się w Instytucie Badań Lekarskich Lotnictwa w Warszawie kurs dla lekarzy, którzy przeprowadzać mają badania kandydatów do lotnictwa turystycznego, szybownictwa i do skoków spadochronowych. Kurs obejmuje szereg wykładów i zajęć z zakresu medycyny lotniczej. Informacje: P.U.W.F. i P.W., Warszawa, Myśliwiecka 3/5.

Poradnia chirurgiczna dla chorych piersiowych.

Poradnia chirurgiczna dla chorych piersiowych została otwarta przy klinice chirurgicznej U.J.P. (Elektoralna 12) (kier. Kliniki: prof. dr A. Wojciechowski, kier. Poradni: doc. dr Wł. Ostrowski) jako pierwsza tego rodzaju placówka lecznicza w kraju. Poradnia ma za zadanie: 1) Rozpoznawanie cierpień narządów klatki piersiowej, wymagających leczenia chirurgicznego, 2) Kwalifikowanie chorych do właściwych zabiegów operacyjnych, 3) Stosowanie na miejscu wszelkich zabiegów rozpoznawczych, które mogą być wykonane ambulatoryjnie. (Poradnia czynna wtorki i soboty od 11 — 12).

Nagroda „Francis Amory"

Akademia Sztuki i Umiejętności w Bostonie ogłasza, że nagrodę „Francis Amory" przyzna w roku 1940 najlepszej pracy z zakresu chorób moczowo-płciowych. Nagroda wynosi ponad 10.000 dolarów i może być podzielona. Wszelkich informacji udziela „Amory Fund Committee, care of the American Academy of Arts and Sciences" 28, Newburg Street, Boston (Mass) U.S.A.

Zaszczytne wyróżnienie.

Dr Med. Adolf Mester został mianowany członkiem honorowym argentyńskiego Towarzystwa do Walki z Reumatyzmem w Buenos Aires.

Dietetyka w chirurgii.

Ukazał się podręcznik „Dietetyka w chirurgii wraz ze sposobami przyrządzania potraw" Dra med. Galewskiego, stron 60. Cena zł 3.50. Ekspedycja za wpłaceniem należności na konto P.K.O. Nr 25.541, lub za pobraniem pocztowym. Zamówienia: Dr A. Galewski, Warszawa, Tłomackie 6/8 m. 10.

Redaktor i wydawca: dr Józef Marzecki
Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, ul. Hipoteczna 1. Tel. 3-36-76. Godziny przyjęć od 1 — 4. — Cena egzemplarza zł 1.50. Abonament roczny zł 15.— Ceny ogłoszeń: przed tekstem cała strona zł 400.— ½ strony zł. 240.— ¼ strony zł 135.— W tekście cała strona zł. 500.— ½ strony zł. 300.— ¼ strony zł 165.— Za tekstem cała strona zł 300.— ½ strony zł 180.— ¼ strony zł 100.— Ceny ogłoszeń w części rotograwiurowej za specjalną umową
Wykonano drukiem typograficznym i rotograwiurą w Zakł. Graf. Dom Prasy, S. A., Warszawa.
Opracowanie graficzne Mieczysława Bermana.

NAJBEZPIECZNIEJSZY
W STOSOWANIU, WYSOCE CZYNNY W DZIAŁANIU
SULFAMIDOWY LEK
PRZECIWZAKAŹNY

SEPTAZIN

